



Le Monde
des
Pharmaciens



lemondedespharmaciens@gmail.com



<https://www.facebook.com/Le.Monde.Des.Pharmaciens/>

IN ANALYSIS



**Volume 1, Issue 1,
Pages 1-76
(February 2017)**



[LEMONDEDESPHARMACIENS](http://lemondedespharmaciens.com)



[LEMONDEDESPHARMACIENS](https://www.facebook.com/Le.Monde.Des.Pharmaciens/)



[#LemondedesPharm](https://twitter.com/LemondedesPharm)



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


Éditorial

Une psychanalyse à l'intersection des sciences ?

*A psychoanalysis at the intersection of sciences ?*

Cette revue prend naissance à la suite d'une série de réflexions portant sur l'état actuel de la psychanalyse dans sa relation aux connaissances dérivées d'autres domaines qui contribuent à la construction des savoirs. À l'heure de découvertes scientifiques multiples et passionnantes qui vont dans le sens des hypothèses freudiennes sur l'indissociabilité corps-esprit et la primauté des processus inconscients, il est devenu indispensable d'aborder la question du « sujet » à partir de diverses perspectives.

Au-delà des polémiques suscitées par la possible ou impossible alliance psychanalyse-sciences en raison des résistances de chaque discipline, ce projet est mobilisé par le principe d'une pluralité des méthodes et des approches scientifiques. C'est au niveau de l'articulation des points de vue que nous souhaitons nous situer, convaincus que toute connaissance est issue d'un dispositif forcément réduit, conjoncturel et évolutif et que la frontière de l'inconscient freudien est perméable à une multitude d'éléments et ordres de réalité. En ce sens, il nous semble que la biologie, la sociologie, l'anthropologie, les sciences cognitives, les neurosciences, la psychologie, etc. disposent de connaissances et de modèles explicatifs du fonctionnement humain susceptibles d'avoir leurs traductions métapsychologiques et de moduler les paradigmes psychanalytiques.

Une autre distinction capitale dans ce projet se réfère aux rapports qu'entretiennent clinique et recherche en psychanalyse. Le travail en présence d'un patient est soumis, de toute évidence, à un ensemble de facteurs qui découle de la rencontre intersubjective et de la mise en commun de deux inconscients ; tout cela est encadré par un savoir théorique. Pour ces raisons, le travail clinique d'orientation psychanalytique est avant tout un *art du soin*, au même titre que la médecine clinique. En revanche, le travail de recherche à partir des données récoltées au cours des séances cliniques représente un deuxième volet de connaissance ; il suppose l'isolement de certaines variables afin d'en saisir les implications à un niveau plus général. En cela, la recherche en psychanalyse nous paraît semblable à la recherche en sciences ; elle nécessite la définition d'une sphère épistémologique à la fois contiguë et disjointe du travail clinique avec lequel on la confond systématiquement.

L'ordre biologique n'est pas l'ordre psychique (psychanalytique), chacun étant constitué d'objets de recherche différents, complémentaires et indissociables. La psychanalyse apporte, dans l'histoire humaine, une première focalisation sur l'intime à

l'interface entre le biologique et la civilisation. Cette dernière, dont les traits essentiels induisent des transformations majeures dans l'expression de l'Homo sapiens, a comme principe fondateur l'interdit, commandement visant à exclure certaines manifestations considérées comme animales et incompatibles avec la cohésion des sociétés humaines. Freud est alors l'un des premiers à avoir examiné l'effet de cette évolution au niveau psychique en proposant la névrose comme compromis entre l'instinct et l'interdit ; l'effet en question nous semble être à la fois d'ordre psychique et biologique selon des causalités forcément circulaires.

La méthode psychanalytique requiert donc des interrogations épistémologiques premièrement afin d'offrir à la psychanalyse une meilleure légitimité dans le champ de la connaissance et de la pratique clinique et, deuxièmement, dans l'objectif de construire un véritable dialogue avec les autres disciplines que l'on peut rencontrer au mieux sur le terrain de l'épistémologie. Cette démarche ne peut pas être dissociée de la perspective politique. Défendre le sujet, son vécu et son positionnement dans la société aux temps de la technologisation et du biopouvoir est aussi une question politique. Les politiques publiques ont un effet sur les pratiques psychanalytiques et l'inverse est tout aussi vrai. Les modalités et les conséquences de cette interaction, ainsi que les vérités qui la sous-tendent exigent une élaboration constante qui est également une affaire psychanalytique.

En plus du regard épistémologique qui est au premier plan de toute réflexion méta-, nous ne souhaitons pas perdre de vue des questionnements philosophiques qui ne sont pas implicites à une approche épistémologique. L'expérience subjective est-elle réductible à des phénomènes biochimiques ? À l'ère du numérique et de l'économie du savoir, la connaissance non scientifique, subjective, a-t-elle encore valeur de connaissance ? Les hiérarchies établies par le positivisme n'entrent-elles pas en conflit avec une connaissance subjective qui constitue l'organisation de base des sociétés humaines et du fonctionnement de l'individu ? Y a-t-il une logique dans le raisonnement psychanalytique et si oui, quelle est-elle ? Si, selon les critères empiristes, la connaissance dérive de l'expérience humaine du monde, pourquoi l'expérience subjective est-elle systématiquement occultée en faveur de résultats statistiques qui camouflent des pans entiers de la connaissance ? L'autonomie du vivant (la capacité à se gouverner selon des lois individuelles issues à la fois de la phylogenèse et de l'ontogenèse) peut-elle être comprise selon des lois générales et/ou universelles

décrétées par des faits expérimentaux ? Quelle est la place occupée par les dogmes et les idéologies en sciences et en psychanalyse et comment peut-on les contourner ou les élaborer ?

Ce vaste programme contient en son essence une question fondamentale : qu'est-ce qui fait science en psychanalyse et qu'entend-on par recherche en psychanalyse ? Le domaine de la recherche en psychanalyse fait l'objet de multiples controverses ; il nous semble alors important d'aller au-delà de ces discussions parfois stériles afin de mieux définir un cadre épistémologique au plus près de la pratique d'orientation psychanalytique et de l'expérience subjective singulière qui s'y déploie, tout en admettant que la pratique de la recherche n'est pas équivalente à la pratique clinique. En élaborant ce vaste chantier, pourra-t-on placer la psychanalyse à l'intersection des sciences sans crainte de dénaturer sa mission première qui est d'approcher l'inconscient et de produire des modifications internes avec des outils qui lui sont propres ?

Ce premier numéro est un écho à ces controverses et propose une série de réponses ouvrant de nouvelles interrogations. Bernard Golse et Guénaél Visentini lancent la discussion autour des enjeux actuels du dialogue psychanalyse-sciences et de la nécessité de créer un espace commun « où il serait possible de se poser de manière utile et féconde des questions réciproques, de s'entre-interroger ».

Le débat est poursuivi par la focalisation sur le croisement conceptuel émotion/affect. L'histoire de la psychanalyse a renoncé au concept d'émotion, relégué aux psychologues et plus récemment aux biologistes et aux neuroscientifiques, pour polariser la réflexion métapsychologique uniquement sur l'affect théorisé comme deuxième représentant de la pulsion, à côté de la représentation. Avec les travaux contemporains en neurosciences, l'écart entre psychanalyse et sciences se réduit considérablement, et émotions et affects partagent de plus en plus un langage commun ainsi que des dynamiques semblables. Nous nous intéressons à la possible fédération des deux champs d'étude ainsi qu'au débat que cela suscite dans une perspective d'articulation. Il nous semble important de travailler la question de la possible inclusion de résultats scientifiques dans la cure et/ou des éventuelles corrections que cela peut apporter au cadre théorique psychanalytique dont le socle est forcément biologique. Et vice-versa : suggérer aux scientifiques des variables rarement prises en considération dans le cadre méthodologique qui est le leur.

Dans cet objectif, Claudia Infurchia introduit le débat à l'intersection entre psychanalyse et neurosciences en proposant une continuité processuelle et une complémentarité épistémologique des deux concepts. Elle insiste sur la dynamique du récit non verbal (émotionnel et corporel) en tant que savoir sur le type d'émotion éprouvé en relation avec l'objet, l'émotion étant dans ce cas conçue comme le noyau de l'affect.

Ariane Bazan et Claude Smadja commentent les idées mises en débat en discutant la pertinence du transfert de notions d'une discipline à une autre et les difficultés épistémologiques que cela entraîne dans la logique des ordres de connaissance propres aux divers champs d'étude.

Cette première discussion à l'interface entre psychanalyse et sciences est poursuivie, en marge, par les questionnements d'un scientifique sur les possibilités pratiques, théoriques et méthodologiques d'un usage de la science dans le domaine psychanalytique. Cet article original proposé par Bruno Falissard s'articule autour de plusieurs propositions-réflexions qui prennent en considération une série de points importants pour notre positionnement : des aspects concrets des méthodes en sciences et en psychanalyse, la compatibilité des domaines de recherche ainsi que les résistances qu'elle suscite, l'existence de *designs* expérimentaux simples permettant d'aborder scientifiquement la théorie psychanalytique et, enfin, les avantages d'un engagement de la psychanalyse dans l'approche scientifique.

L'étude de la douleur en tant qu'expérience sensorielle et émotionnelle désagréable (et invalidante lorsqu'elle se chronicise), nous confronte aux aspects anthropologiques, culturels et notamment subjectifs de ce concept. Les composantes à la fois physiologiques et psychologiques de la douleur en font un champ de recherche exemplaire de la jonction entre psychanalyse et sciences. David Le Breton explore ici la douleur en articulant psychanalyse et anthropologie ; il part de l'hypothèse que les douleurs chroniques s'alimentent souvent à des blessures inconscientes restées cryptées par l'amnésie et le refoulement. Cette douleur-là est, selon lui, nécessaire en tant que commémoration inévitable d'un événement traumatique qui n'a pas eu accès au langage et à l'élaboration secondaire ; elle est aussi, paradoxalement, enveloppe qui permet au sujet d'attester qu'il existe et de s'offrir une prothèse face à soi-même et au monde. L'auteur propose, en plus de la perspective psychosomatique, une approche physiosémantique qui s'efforce de ressaisir le sens et l'individualité entre corps et inconscient.

Bernard Laurent développe les aspects étudiés par David Le Breton en apportant un examen du retentissement émotionnel et cognitif de la douleur chronique. Il s'appuie sur des données issues de l'imagerie cérébrale qui révèlent la superposition de la matrice d'intégration de la douleur avec celle de l'émotion et de la cognition. L'auteur s'intéresse à l'interrelation entre ces divers mécanismes dans le cadre du stress post-traumatique et en examine les perspectives et les implications au sein d'une neuropsychanalyse de la douleur.

Mémoire et émotions sont clairement indissociables ; c'est probablement une des raisons pour lesquelles Freud en fait les deux représentants de la pulsion : représentation (contenu mnésique) et affect. Ce dernier, nous l'avons suggéré plus haut, n'a pas fait, en psychanalyse, l'objet d'études étendues tout en étant implicite aux développements théoriques liés à la pulsion. En sciences, l'étude des émotions a été longuement embarrassée par la difficulté à en saisir les caractéristiques et la dynamique de manière objective. Avec l'essor des neurosciences et l'avènement de techniques de mesure de plus en plus sophistiquées, il a donc été possible de repérer de plus en plus finement des aspects de cette expérience psychophysiologique complexe. Francis Eustache nous livre ici un aperçu de ce champ de recherche, en mettant l'accent sur le lien ténu qu'entretiennent mémoire et émotion. Il s'intéresse dans un deuxième temps à la mémoire traumatique (le trouble de stress post-traumatique) au croisement entre émotions et traces mnésiques ; cette pathologie qui fait appel à divers mécanismes de défense permet à l'auteur d'explorer un terrain commun entre psychanalyse et neurosciences tout en ouvrant des pistes de réflexion et de recherche.

L'hystérie en tant que névrose touchant notamment les femmes dans les siècles précédents est devenue un concept obsolète et a disparu des manuels diagnostics au profit de multiples catégories diagnostiques qui éludent la dimension inconsciente et le caractère hystérique des manifestations. Samuel Lepastier examine l'actualité de la notion entre clinique médicale et mythologie, en passant par son évolution historique et les controverses qui s'y attachent. Mais ce qui est essentiel dans ce retour théorique, c'est la focalisation sur la capacité du psychisme à la dissociation, défense couramment observée dans la pratique clinique actuelle (tant en psychanalyse qu'en médecine) et dont l'étude a permis à Freud de fonder sa théorie de l'inconscient. Cet auteur s'appuie, dans sa compréhension des mécanismes hystériques, sur l'hypothèse des marqueurs somatiques (Damasio, 1994) qui relient émotions, mémoire et processus cognitifs.

Maxime De Gélas, Aude Parrent et Ariane Bazan nous apportent, grâce à un *design* expérimental inédit, la preuve scientifique de l'existence des processus primaires dont Freud a fait un des modes de fonctionnement du psychisme (déterminé par le principe de

plaisir et la recherche d'une décharge immédiate) à côté des processus secondaires (en relation avec le principe de réalité et sa fonction inhibitrice). Ces données sont obtenues à l'aide de l'outil de mesure *geometrical categorization task* (*GeoCat*) qui prend appui sur la théorie cognitive des catégorisations, en repérant la prédominance des processus primaires dans l'économie psychique d'un individu, dans certaines conditions et notamment dans les cas de psychose. *GeoCat* ouvre ainsi tout un champ expérimental qui rapproche psychanalyse et sciences.

Notre articulation est complétée par la présentation de deux thèses de doctorat. La première, intitulée *Des fantômes dans la voix. Une hypothèse neuropsychanalytique sur la structure de l'inconscient* et soutenue par Ariane Bazan à l'université de Lyon, s'intéresse à des groupes de phonèmes qui s'avèrent être des signifiants clés de l'organisation psychique inconsciente du sujet. Le « fantôme » est ici conçu comme « un cas spécial d'imagerie motrice qui émerge quand l'intention de mouvement rencontre une radicale absence d'exécution » ; il fonctionne comme un attracteur de l'énergie psychique dans l'action du sujet. La seconde thèse, soutenue par Angélique Gozlan à l'université Paris 7, porte le titre : *Les réseaux sociaux à l'adolescence. Pour une métapsychologie de la virtualescence*. Elle part du constat de la confrontation croissante des adolescents avec Internet pour s'intéresser aux effets psychiques et psychopathologiques de la relation aux espaces virtuels. La virtualescence est avancée comme un processus qui rend compte des transformations psychiques engagées par la virtualisation de l'adolescent et sa monstration, en images et en mots, dans l'espace virtuel comme surface visuelle d'inscription de contenus numériques-psychiques.

Enfin, Stéphane Scherrer présente une note de lecture du livre de Mark Solms et Olivier Turnbull *Le cerveau et le monde interne*. Cet ouvrage plaide pour la construction de ponts entre les deux

cultures, psychanalytique et scientifique, tout en élaborant une méthodologie scientifique pouvant servir de base à de futures recherches sur l'esprit.

Dans la perspective de repérer des explorations et des découvertes récentes dans des revues anglophones susceptibles d'alimenter notre articulation, Liviu Poenaru propose une première note de lecture à propos des cognitions des systèmes biologiques (cellules non neuronales) qui sont gouvernés par les mêmes principes de base (stockage, excitabilité, plasticité, modifications dues à l'expérience, traitement de l'information) que ceux applicables aux réseaux neuronaux ; cette réflexion ouvre le débat sur la mémoire corporelle et ses implications dans la dynamique inconsciente du sujet. Sa deuxième note concerne les objections portant sur l'épistémologie de la psychanalyse face à l'idéologie des sciences.

Bonne lecture.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

L. Poenaru^{a,*}, R. Minjard^b

^aCentre médical de Peillonex, 67, rue de Genève,
1225 Chêne-Bourg, Suisse

^bInstitut de psychologie, CRPPC, université Lyon 2, 5,
avenue P.-Mendès, CP 11, 69676 Bron cedex, France

*Auteur correspondant

Adresse e-mail : liviu.poenaru@gmail.com (L. Poenaru)

Disponible sur Internet le xxx



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


Entretien

Entretien sur les articulations entre les pratiques et théories analytiques et les autres sciences[☆]



Conversation on the articulations between analytical practices and theories and other sciences

G. Visentini

Centre de recherches psychanalyse, médecine et société, université Paris Diderot, Paris 7, place Paul-Ricoeur, bâtiment Olympes de Gougues, 75013 Paris, France

G. V. : Bernard Golse, merci d'avoir accepté de me recevoir pour un entretien sur les articulations pensables entre les pratiques et théories analytiques et les autres sciences. Vous êtes à la fois pédopsychiatre et psychanalyste, professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'université Paris Descartes, docteur en médecine, en biologie humaine et en sciences, et, pour finir, chef du service de pédopsychiatrie à l'hôpital Necker-Enfants-Malades à Paris. Ce qui fait de vous, par l'étendue du spectre clinico-théorique dont vous avez l'expérience, un interlocuteur privilégié pour ce premier numéro de la revue *In Analysis*.

In Analysis, je le rappelle, est une revue transdisciplinaire de psychanalyse et sciences nouvellement créée, et qui nous semble répondre à une nécessité pour le champ analytique, celle de retrouver l'esprit scientifique de la recherche, qui fut celui de Freud, son fondateur, puis d'une grande partie des post-freudiens jusqu'à aujourd'hui, Lacan y compris à ses débuts – esprit scientifique qui tend à s'essouffler depuis une trentaine d'années, alors même que la pratique analytique est attaquée dans les institutions de soin et sa théorie dans les institutions de recherche.

C'est donc à un sursaut que nous appelons, au nom de vérités spécifiques à la clinique analytique, qui nous importent et que nous pensons devoir défendre. Notre attitude, cependant, semble devoir être aujourd'hui ajustée aux résultats qui sont les nôtres depuis des décennies. Non, la psychanalyse n'est pas un remède miracle aux troubles psychiques. Oui, elle a commis des erreurs théoriques et cliniques. Mais les thérapies alternatives peuvent-elles de ce fait prétendre la remplacer ? Ce n'est bien évidemment pas aussi simple.

Si, depuis les années 1980, les thérapies cognitivo-comportementales ont eu la cote par un effet de nouveauté peut-être en phase avec l'enthousiasme néo-libéral des années reaganien/ thatchériennes (et leur valorisation du contrat de service, du

volontarisme, du *self-help*, de la performance), elles commencent à rencontrer leurs limites, comme l'attestent un certain nombre de publications cliniques. L'effet placebo, qu'il soit analytique ou cognitivo-comportemental, tend toujours à décroître avec le temps. Reste le « cœur de vérité » à définir. Il semble plus maigre qu'escompté pour chacune des approches du trouble psychique : médicales, neuroscientifiques, cognitivo-comportementales ou analytiques.

C'est pourquoi, plutôt que d'attiser un combat stérile entre ces types de traitement, chacun prétendant au monopole de la vérité clinique, il nous semble qu'ils devraient aujourd'hui entrer en dialogue scientifique, ou, pour le dire plus techniquement, en controverse.

La controverse suppose une bonne connaissance des positions alternatives, le repérage de leurs limites, l'affirmation d'une position différente et la reconnaissance également de ses limites. Elle est humilité empirique plutôt qu'arrogance théorique.

B. G. : Avant que nous entamions cet entretien, j'aimerais simplement dire que je suis très heureux de collaborer à cette revue. Je pense que ce dialogue entre les sciences et la psychanalyse est aujourd'hui une nécessité absolue. En même temps, je ne peux pas dire que je sois d'un optimisme absolu. Vous m'avez présenté. Je travaille sur un site particulier, le site Necker-Enfants-Malades. C'est là que j'ai fait mes études de médecine. Après je suis parti ailleurs, puis je suis revenu, depuis une dizaine d'années. C'est un site prestigieux, mais qui montre bien la difficulté des dialogues interdisciplinaires. Sur le site, il y a un institut dit « institut hospitalo-universitaire ». Six instituts de ce type ont été créés en France dans les dernières années, chacun sur un site particulier, avec une thématique particulière, pour essayer de mettre en synergie les compétences locales hospitalières et universitaires. L'institut hospitalo-universitaire de Necker est consacré aux maladies rares. Il a été bâti sur deux piliers principaux, qui sont l'immunologie et la génétique. Mais ce qui est actuellement passionnant, c'est qu'un troisième pied se met en place, avec la coordination progressive des neurosciences pédiatriques. En effet, à Necker, on a la chance d'avoir la coexistence de plusieurs disciplines sur un même site, à savoir la neuropédiatrie, la neuro-imagerie, la neurochirurgie, la pédopsychiatrie et la

[☆] Bernard Golse (chef du service de pédopsychiatrie à l'hôpital Necker-Enfants-Malades à Paris) et Guénaél Visentini discutent des enjeux actuels du dialogue psychanalyse-sciences et de la nécessité de créer un espace commun « où il serait possible de se poser de manière utile et féconde des questions réciproques, de s'entre-interroger ».

Adresse e-mail : guenael.visentini@yahoo.fr

pédiatrie. À la Pitié-Salpêtrière, par exemple, il n'y a plus de pédiatrie. Donc, nous avons à Necker un site très intéressant de ce point de vue et, quoique je sois également psychanalyste, je m'engage dans ce travail concret de réflexion sur les interfaces transdisciplinaires possibles entre les neurosciences et la psychanalyse. Cela dit, c'est compliqué. Il y a quelques années, Daniel Widlöcher, Nicolas Georgieff, Alain Braconnier, Lisa Ouss et moi-même avons écrit un livre qui s'appelle *Vers une Neuropsychanalyse ?*, où l'on essayait de présenter ce concept, encore peu connu dans le monde francophone (Ouss, Golse, Georgieff, & Widlöcher, 2009).

La neuropsychanalyse est un mouvement qui a pris naissance en Angleterre autour de Peter Fonagy, au centre Anna Freud. L'un des grands personnages de ce mouvement est le psychanalyste sud-africain Mark Solms, et aussi Olivier Turnbull. Ils travaillent énormément sur les émotions, qui sont un très bon sujet de dialogue entre psychanalyse et neurosciences (Solms & Turnbull, 2015).

Ce mouvement de pensée est difficile, mais il montre la grande importance qu'il y a de continuer à chercher ce dialogue, même s'il rencontre des limites. Vous disiez qu'il y a besoin d'une curiosité envers le savoir de l'autre. Mais cela doit jouer dans les deux sens.

En ce moment, il y a eu de telles attaques contre la psychanalyse que le climat conceptuel est compliqué. Je ne parle pas seulement dans le champ de l'autisme car, au-delà, c'est le soin psychique en général qui est visé, ainsi que les sciences humaines dans leur ensemble – et plus particulièrement les sciences humaines cliniques, comme la psychanalyse.

Le thème de « la mort de la psychanalyse » a fait des ravages chez nos collègues neuroscientifiques et nous sommes dans une situation très dissymétrique. À propos de l'autisme, par exemple, j'ai eu besoin de me renseigner, en tant que pédopsychiatre, sur le fonctionnement du lobe temporal supérieur. Cela m'intéresse ; j'ai essayé d'apprendre ce que je pouvais à ce sujet et j'ai pu le faire assez facilement. Mais la réciproque n'a pas lieu. Nos collègues neuroscientifiques sont pris dans la tyrannie actuelle de l'*impact factor* : il faut publier, coûte que coûte ! C'est vraiment une compétition incroyable entre les équipes, une compétition conceptuelle, technique, financière et, de ce fait, on ne peut pas en plus leur demander de lire Freud ni ce qui se fait de recherche analytique actuelle.

Or pour qu'il y ait dialogue, il faut une curiosité mutuelle pour le savoir de l'autre. La neuropsychanalyse pour moi devrait être la création d'un espace commun où il serait possible de se poser de manière utile et féconde des questions réciproques, de s'entre-interroger. Qu'est-ce que la psychanalyse a à dire du réel psychique ? Quelles questions peut-elle poser aux neurologues par exemple ? Que dit la psychanalyse de l'amnésie infantile ? Qu'est-ce qu'aujourd'hui, avec des linguistes, des neuroscientifiques et des neurologues, l'on peut penser du passage de la mémoire en images à la mémoire verbale chez l'enfant ? Sur tous ces sujets – l'intersubjectivité, les émotions, etc. –, il y aurait des zones de dialogue évidentes, mais je ne vois guère de neuroscientifiques qui prennent aujourd'hui le temps de se dire : la psychanalyse n'est pas morte, elle a encore des questions à nous poser, on va essayer de se les poser ensemble.

Si on ne prend pas en compte cette dissymétrie, on fait de l'angélisme, en pensant qu'il suffit que les psychanalystes s'intéressent aux neurosciences pour que les neuroscientifiques s'intéressent à la psychanalyse. En ce moment, c'est faux ! Seuls quelques neuroscientifiques de très haut niveau s'intéressent à la psychanalyse. Mais les neuroscientifiques de niveau moyen sont intoxiqués par la campagne incroyable qui a eu lieu, et qui répète à l'envi que la psychanalyse est morte et que ce n'est plus la peine de la lire en espérant y apprendre quelque chose sur la clinique. Tout cela rend à la fois la création de cette revue très intéressante, mais probablement très difficile.

G. V. : Vous parliez de curiosité réciproque. Et si l'on peut effectivement pointer un préjudiciable défaut d'intérêt pour la psychanalyse de la part des neuroscientifiques, je crois que l'intérêt des psychanalystes pour de réels échanges avec les non-analystes est également à questionner. La plus grande majorité des écrits analytiques n'a pas pour destinataire les autres scientifiques, c'est-à-dire a minima des cliniciens-chercheurs, a maxima, tout scientifique, en tant que lecteur rationnel, astreint à une éthique de la vérité dans son champ. Les destinataires sont souvent les membres de l'école où l'analyste a choisi de se socialiser. Si les analystes d'une école ne lisent pas les travaux d'une autre école – ce qui est malheureusement le cas –, comment demander à des scientifiques non-analystes de lire ces travaux ? En outre, comment prétendre à être lu – aux niveaux national et a fortiori international¹ – si l'on ne s'astreint pas à un ensemble de règles destinées à permettre la réflexivité et l'intersubjectivité critiques (clarté, rationalité, méthodologie, références empiriques, etc.) ?

C'est un des problèmes que j'ai essayé d'aborder dans *Pourquoi la psychanalyse est une science ? Freud épistémologue*. Mon projet était d'écrire un livre à l'adresse des non-analystes voire des anti-« psychanalyse » pour tenter de construire le débat au niveau de ce que j'ai proposé d'appeler le « cœur de vérité clinique » de la psychanalyse. L'objectif était aussi d'explorer quelques pistes plus techniques pour un dialogue possible entre psychanalyse et neurosciences (Visentini, 2015). Les analystes disent souvent : « On ne nous comprend pas ! ». Mais on peut poser la question à l'inverse : « Que fait-on pour être compris et nous comprendre entre nous ? ».

C'est un travail énorme : même parmi des analystes expérimentés, si l'on demandait de définir cliniquement – et j'entends par-là : en se référant à une série de situations empiriques –, ce que c'est que le refoulement, le moi, les destins pulsionnels, la castration, l'identification projective, l'imaginaire, combien le feraient *intelligiblement* ? En tant qu'analystes, nous avons trop souvent tendance à supposer connu par l'autre ce qu'on se dispense du coup de connaître par nous même. Par ailleurs, c'est la question de la légitimité même de nos concepts qui doit être posée à nouveaux frais : lesquels devraient être abandonnés, lesquels repensés, lesquels renommés, etc. ? Freud disait que la psychanalyse, en tant que science, devait être « *open to revision* » (Freud, 1994). Je concluais ainsi : à qui s'adresse-t-on lorsqu'on écrit de la psychanalyse, qu'il s'agisse de clinique ou de théorie ? Si l'on incluait parfois les médecins et autres cliniciens (cognitivistes, comportementalistes) dans nos destinataires, peut-être reprendraient-ils goût à nous lire et à débattre sur le fond.

B. G. : Pour être un peu plus optimiste, sur un site comme celui-ci, je ne cesse de répéter à nos collègues pédiatres que les troubles psychiques des enfants ne peuvent pas être considérés, soit comme seulement endogènes et neuro-développementaux, soit comme seulement exogènes et le fruit de seuls traumatismes. La psychopathologie – pas seulement la psychopathologie psychanalytique ; certes, il y en a d'autres : cognitive, développementale, systémique... –, son travail essentiel est de nouer les facteurs internes et les facteurs externes, pour essayer de comprendre comment s'organisent les significations propres à chaque sujet, à chaque famille.

Une source d'optimisme cependant est que, depuis quelques années, je perçois un changement. Quand je raconte tout cela aux internes en psychiatrie, je constate que ce qui ne les intéressait plus du tout éveille de nouveau leur intérêt. Le DSM a perdu de sa

¹ Pour une étude comparée des pratiques d'écriture et de citation dans les articles psychanalytiques des quinze dernières années, en langue française et anglaise, voir R. Potier, O. Putois, C. Dolez et E. Jurist, « *Less citation, less dissemination: the case of french psychoanalysis* », dans *Frontiers in Psychology*, vol. 7, 2016, article n° 1729 (en ligne).

superbe. Ses simplismes théoriques ont montré leur peu d'utilité clinique. Ces jeunes s'intéressent de nouveau, petit à petit, à la phénoménologie, à la linguistique, à la sociologie et à la psychanalyse. Ils essaient de complexifier leur pensée, y compris en croisant les sciences humaines avec les neurosciences.

Je suis moins pessimiste pour les plus jeunes, mais votre remarque est tout à fait juste, il faut que l'on fasse un effort de traduction.

G. V. : C'est exactement cela : de traduction et de décrispation. C'est-à-dire aussi d'humilité réciproque. Le DSM, on y a cru, et on touche à ses limites. Le National Institute of Mental Health, un des grands organismes financeurs de la recherche en « santé mentale » aux États-Unis (avec un budget de 1,5 milliards de dollars pour l'année 2016)², a décidé en 2013 de ne plus subventionner de recherches fondées sur le DSM pour cause de non-fécondité des résultats depuis des décennies³.

Et cliniquement, ce n'est pas beaucoup mieux. Un psychiatre uniquement formé au DSM, lorsqu'il reçoit ses patients, lorsqu'il doit entrer avec eux dans une relation thérapeutique de parole, lorsqu'il doit rencontrer sa folie, est peu aidé par ce manuel diagnostic. Beaucoup ne se sentent pas armés et deviennent gestionnaires de psychotropes : « Comment va l'angoisse en ce moment ? Encore un peu trop. Voilà 200 mg au lieu de 100. Ça vous va ? Et sinon, le sommeil, etc. ». Au bout de quelques années, certains se découragent ; leur sémiologie et psychopathologie leur semblent insuffisantes ; une partie d'entre eux se tourne alors vers la psychanalyse en tant que science non de la « maladie », mais du « malade » et de sa rencontre. Quant aux thérapies cognitivistes ou comportementales, elles paraissent difficiles à adapter – quoique cela puisse être envisagé – à des sujets dont le « *self* » est en fragile posture – comme c'est le cas du côté de ce que les cliniciens nomment « schizophrénie », « manie », « mélancolie » ou « paranoïa ».

B. G. : Bon, malgré toutes ces difficultés, il existe tout de même des zones de dialogue qui se sont ouvertes et qui n'existaient pas auparavant. Notamment autour des questions de l'intersubjectivité, de la subjectivation, qui se trouvent actuellement au tout premier plan dans les travaux sur l'autisme mais pas seulement. À ce propos, il y a eu un mouvement parallèle chez les psychanalystes et les neuroscientifiques, qui fait qu'aujourd'hui on doit pouvoir se parler en partant de là. Les psychanalystes au *xx^e* siècle, si l'on schématise, sont passés d'un quasi-exclusivisme de la théorie des pulsions (première moitié du siècle) à une prise en compte de la question de la relation d'objet. Freud a déblayé le terrain quant aux objets pulsionnels originaux liés à des activités corporelles (l'oralité, l'analité, la génitalité) et le plaisir d'organe ; il s'est centré sur la question des traumatismes, par excès d'excitation, par séduction. Puis arrivent après la guerre les écoles kleinienne et post-kleinienne, qui décalent un petit peu le regard sans annuler les acquis freudiens. C'est peut-être moins les orifices corporels qui orientent la recherche, à partir de ce moment-là, que les enveloppes psychiques et les modes de relations aux objets : citons Esther Bick, Winnicott, Didier Anzieu, Didier Houzel, Geneviève Haag. Puis apparaît la clinique du vide, avec André Green notamment, et l'étude des traumatismes, non pas par excès mais par défaut d'excitation, notamment par défaut de *holding* initial.

On observe donc un glissement théorique allant du sujet face à ses pulsions au rôle de la relation. Parallèlement à cela, les neuroscientifiques, de leur côté, ont fait un peu le même chemin,

c'est-à-dire qu'ils ont d'abord étudié – il fallait bien commencer par cela aussi – le cerveau dans un bocal isolé, pour repérer les différentes zones d'activité, un peu comme on isole le muscle de la grenouille, hors de la grenouille. Et aujourd'hui, il y a vraiment – ce n'est pas moi qui le dit, c'est Jean-Didier Vincent – l'émergence d'une biologie de la relation, de l'attachement, de l'empathie, de l'imitation (avec tout le système des neurones miroirs), etc. C'est-à-dire que ce qui intéresse les neurosciences aujourd'hui, ce n'est plus le cerveau dans son bocal, mais son fonctionnement en relation avec autrui (Vincent & Lledo, 2012). Et cette conjonction des deux mouvements fait qu'on se retrouve tous au niveau du lien, de l'instauration des liens, des défauts de lien – intersubjectivité dans la réalité externe, subjectivation dans la réalité interne – et on a vraiment là un nouveau champ de confrontation et de mutualisation des données.

Mais je pense que pour parler de cela, et c'est un point auquel je tiens beaucoup, il ne faut pas tomber dans la confusion épistémologique. Avec Didier Houzel, au sein de l'APF, depuis quelques années, nous faisons fonctionner un séminaire sur l'épistémologie de la psychanalyse et plus particulièrement de la psychanalyse de l'enfant. Dans ce cadre, nous voyons combien les discussions ne peuvent être fécondes qu'à la condition que chaque discipline reste dans ses propres frontières.

G. V. : Tout à fait d'accord !

B. G. : Chaque discipline a son épistémologie. Il faut bien garder en tête que l'objet des neurosciences, même au sein d'une biologie de la relation, reste le fonctionnement du cerveau, alors que pour nous, psychanalystes, ce qui nous intéresse, ce n'est ni le cerveau de l'analyste, ni le cerveau du patient, mais c'est le matériel psychique qui est coproduit par les deux. Daniel Widlöcher a dit des choses essentielles là-dessus (Widlöcher, 1996). Cela reste une différence de fond. Entre psychanalyse et neurosciences, il y a également une différence d'échelle et de niveau d'approche.

G. V. : De la même façon que, pour Freud, faire science du rêve, ce n'était pas faire science du cerveau rêvant. Le cerveau rêvant, c'est un objet neuroscientifique ; le rêve, qui donc tente d'en faire science à part la psychanalyse ? Pour les autres disciplines, c'est un « rebut du monde des phénomènes » (Freud, 2000a). Or c'est un objet comme un autre à essayer de comprendre, à son échelle de rêve vécu, c'est-à-dire en fait tel qu'il peut être raconté à un autre sujet parlant. Il n'y a aucune raison pour que cette échelle de réalité soit éradiquée de l'approche scientifique.

B. G. : Les différences épistémologiques concernent aussi les autres approches cliniques : étudier l'oubli d'un point de vue cognitif, c'est très intéressant à prendre en compte, mais cela n'exclut pas les recherches concernant le refoulement. Autre échelle, autre objet. Qu'il y ait des effets cognitifs du refoulement ne signifie pas que ce mécanisme de défense psychique (incluant position subjective et conflictualité) soit entièrement soluble dans un mécanisme cognitif.

G. V. : Vous touchez là à la question des ordres de réalité. Y en a-t-il un seul, comme beaucoup de scientifiques le croyaient au *xix^e* siècle ? À ce moment de l'histoire des sciences, seul le physico-chimique était redevable d'une approche scientifique ; le reste était objet de philosophie ou de religion. Le développement du champ scientifique a requalifié cette position d'idéologie, dès que de nouveaux objets, non réductibles au physico-chimique, ont fini par être reconnus comme objets de recherche valables. D'abord les objets relatifs au vivant, ce qu'on trouve chez Claude Bernard avec le « milieu intérieur », chez le Freud de la *Contribution à la conception des aphasies* (1891) avec ce qui deviendra la « plasticité cérébrale » (l'idée que les fonctionnalités du vivant excèdent leurs localisations somatiques), chez Goldstein avec ce qu'il nomme « vicariance » (un chien qui perd une patte ne court pas avec quatre pattes moins une, il réorganise sa marche et sa course avec les trois pattes restantes, en déplaçant son centre de gravité), ce dont

² Voir <https://www.nimh.nih.gov/about/budget/fy-2016-budget-congressional-justification.shtml#budgetGraphs>.

³ Voir le blog du directeur de l'Institut : <https://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>. Les catégories nosographiques du DSM se multiplient de version en version mais ne correspondent pour le moment à aucun biomarqueur identifiable.

Canguilhem proposera un ressaisissement épistémologique tout au long de son œuvre : le vivant excède ce qu'on pouvait en penser à travers les catégories destinées à penser l'inerte physico-chimique. Le vivant naît, croît, tombe malade, s'autorégule, se réorganise, meurt.

Et au fond, je crois, la psychanalyse ne fait rien d'autre que proposer la légitimité d'un nouvel ordre de la réalité, celui des vivants parlant. Le fait de parler, d'être pris dans un environnement socio-historique, d'interrelations, affecte le vivant dans ses soubassements mêmes. Freud parle de « complications de la substance vivante » (Freud, 2000b). Toute la psychanalyse tient à ce fait : les interactions langagières ont, durant notre développement, transformé notre corps – biologiquement et psychiquement – et, par ces interactions, on peut à nouveau le transformer, biologiquement et psychiquement. La clinique fonde cette proposition théorique, puisque des symptômes apparaissent dans le cours d'une histoire et sont résorbables par une pratique de rencontre thérapeutique, pour peu que le malade explore ce qu'il en a été de sa relation aux autres et au monde.

B. G. : Absolument !

G. V. : Il ne faut pas oublier les sciences sociales. Durkheim, avant Freud, fait cette proposition : il y a un ordre social de la réalité, distinct du physico-chimique, distinct du vivant et du psychologique. Il faut traiter les faits sociaux comme des choses, énonce-t-il dans ses *Règles de la méthode sociologique*. Il se propose de saisir quelque « chose » de ce réel social par le biais de statistiques ; il fait l'hypothèse que des contraintes sociales existent, par rapport auxquelles les sujets se positionnent qu'ils le veuillent ou non, comme tout objet appartenant à l'univers physico-chimique se positionne par rapport au réel de la gravité. J'ajouterais : comme tout objet vivant, par rapport au réel de son fonctionnement biologique (réel métabolique, physiologique), et comme tout objet vivant parlant par rapport au réel psychique de ses investissements pulsionnels et de son histoire.

Comment ne pas croire, pour ce qui nous concerne, que certains événements vécus ont laissé des traces et que toute la subjectivité s'organise autour de ces pôles = « x », repérables aux frontières du bios et du psychique, que seule une interaction langagière permet d'explorer, de localiser, de border, de « travailler ». Comment penser que les TCC puissent se repérer avec cela et y opérer avec la même finesse, elles qui ne proposent que des tâches cognitives et comportementales, dans l'actuel, considérant la singularité et l'épaisseur historique du sujet comme des boîtes noires ? Cet activisme clinique peut être efficace dans un certain nombre de cas, le psychisme étant pour part conditionnable. Il ne peut toutefois pas – sans même parler des questions éthiques – prétendre au monopole absolu dans la controverse sur les approches thérapeutiques, y compris concernant l'autisme, comme des groupes d'influence, via certains députés, cherchent à le faire, en inter-prétant de façon maximaliste les recommandations de la HAS⁴. De même que le DSM fut critiquable et est aujourd'hui critiqué, les consensus sans cesse réévalués de la HAS – qui au demeurant ne recommandent pas d'interdire la psychanalyse – doivent être situés, réfléchis et scientifiquement – c'est-à-dire avec une forme de *scepticisme méthodologique* – pris au sérieux.

B. G. : Jean-Marie Vidal, qui participe à notre séminaire avec Didier Houzel, travaille beaucoup sur ces questions ; elles sont cruciales et il est vrai qu'elles nécessitent d'être dites... La conclusion provisoire est que si l'on respecte ces deux différences (d'objet et d'échelle), alors toutes les disciplines cliniques peuvent de droit se parler de façon fructueuse ; elles s'enrichiront de points

de vue différents et complémentaires ; elles mutualiseront leurs efficiences cliniques ; en ce sens, l'existence des TCC n'exclut pas celle de la psychanalyse ; leurs points d'efficience sont différents.

G. V. : Oui. Et je reviens sur ce que vous disiez : une relation d'interlocution, ce n'est pas une relation savant observateur/cerveau observé. Ce qui n'empêche pas que psychisme comme cerveau n'existent que dans la relation. Vous évoquiez Winnicott : un bébé tout seul n'existe pas ; d'une certaine manière un cerveau tout seul n'existe pas non plus. Et cela me fait penser aux travaux d'Ansermet et Magistretti sur la plasticité cérébrale, qui rappellent que seules 10 % à peu près des connections cérébrales sont pré-câblées chez le bébé humain ; le reste est généré par le corps, développé, créé à partir des relations physiques, vivantes, sociales et psychiques avec l'environnement (Ansermet & Magistretti, 2011). Comment nier dès lors l'importance de travailler aussi à ces différentes échelles de réalité – et notamment à celle d'une relation thérapeutique ouverte à la complexité ?

B. G. : Je suis un peu partial, parce que François Ansermet est un ami et je trouve extraordinairement intéressant ce qu'il explique avec Magistretti sur les traces, la consolidation, la re-consolidation, le fait que l'inscription mnésique d'une expérience, finalement, sépare de l'expérience. Cela rejoint les acquis cliniques de la psychanalyse épinglés par la notion d'« après-coup » ; cela permet de faire converger les approches neuronales et analytiques.

La seule nuance que j'apporterais est qu'ils sont parfois un peu trop perpendiculaires et non orthogonaux ; on pourrait étoffer l'espace d'interaction entre les deux approches.

G. V. : Pourriez-vous nous préciser cette nuance que vous faites entre rapports perpendiculaires et orthogonaux ?

B. G. : Oui, cela recoupe la différence entre le rond et la spirale ; je veux situer par-là le fait d'être dans le même domaine mais pas au même niveau. Or dans leur livre, Magistretti et Ansermet s'entendent presque trop bien ; traces psychiques et traces neuronales sont quasi identifiées. Suis-je bien clair ?

G. V. : Si je vous suis, vous émettez des réserves sur le concept même de « neuropsychanalyse », au sens d'un champ disciplinaire qui prétendrait non pas chercher des axes de convergences entre deux disciplines mais, plus encore, les unifier en une seule ?

B. G. : Oui, chaque discipline doit rester dans ses frontières, mais devrait s'intéresser à ce qui se passe autour. Freud était extrêmement curieux des sciences de son époque, ce n'était pas les mêmes qu'aujourd'hui. L'hydraulique l'a passionné, l'histoire également, je ne vois pas pourquoi on s'enfermerait dans sa discipline. Moi qui travaille beaucoup à l'étranger, notamment en Amérique du Sud, dans beaucoup d'instituts de formation psychanalytique où je vais pour parler, discuter, je constate que les analystes de là-bas font des efforts transdisciplinaires que l'on ne fait pas autant ici en Europe.

Les deux sociétés de psychanalyse que je connais le mieux en France sont la SPP et l'APF. Or, pour les personnes qui y sont en formation, il y a trop peu de rencontres avec des artistes, des mathématiciens, des philosophes, des linguistes. Là-bas, en Amérique du Sud, c'est monnaie courante. C'est pour cette raison que l'initiative de cette revue est vraiment intéressante : renouer avec la curiosité transdisciplinaire. Par contre, je maintiens qu'il ne faudrait pas – et là je parle plus spécifiquement de la pédopsychiatrie – que cette rencontre aboutisse à une annexion. Plus on va dans le sens d'une neuropsychanalyse, plus on prend le risque que l'on nous dise : « finalement, arrêtez avec la psychanalyse, revenez à la version contemporaine de la neuropsychiatrie d'autrefois ».

La neuropsychiatrie c'est justement le croisement perpendiculaire, c'est-à-dire que l'on cherche à ce que la neurologie valide telle ou telle intuition de la psychopathologie ou de la psychanalyse. On va chercher la zone de ceci ou de cela ; cela me semble plat et infécond. La pédopsychiatrie s'est détachée de la neurologie et elle

⁴ Voir la proposition de résolution de M. Daniel Fasquelle du 13 octobre 2016, invitant le gouvernement à promouvoir une prise en charge de l'autisme – basée sur les recommandations de la Haute Autorité de santé : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/propositions/pion4134.asp>.

a vraiment bien fait ; il faut qu'elle reste intéressée par les questions neuronales, mais en abordant la clinique d'une autre manière.

G. V. : Est-ce que vous iriez jusqu'à dire que le rapport neurologie/psychanalyse ne pourrait excéder celui de la détermination d'éventuels sous-titres neurologiques aux concepts analytiques, ce qui est un peu la voie actuelle de la neuropsychanalyse ? Ou le rapport peut-il être plus fécond ?

B. G. : Cela n'aurait pas beaucoup d'intérêt de faire cela, outre que ce serait risqué !

G. V. : Je vous suis. Si l'on part du principe que l'ordre psychique et l'ordre neuronal de la réalité sont hétérogènes, on se demande effectivement s'il serait possible de localiser par exemple « le refoulement » dans la zone reptilienne du cerveau, sous forme de processus d'inhibition de la neurotransmission ou autre ; ne serait-ce pas trop large comme repérage ? Serait-ce intéressant théoriquement, et, surtout, cliniquement ?

B. G. : Je dirais qu'on peut œuvrer au « croisement à distance » – c'est ce que j'appellais le rapport orthogonal. Un psychanalyste, évoquant le refoulement devrait quand même être un petit peu averti de ce que les cognitivistes pensent sous le registre des « mécanismes de l'oubli ». Cela ne veut cependant pas dire qu'un mécanisme équivaut à l'autre ; ce n'est pas la même échelle, mais il importe de penser les similitudes et les différences.

G. V. : Ce serait l'idée d'une « fécondité problématique » : une découverte dans le champ des neurosciences pourrait (ou pas) donner des idées aux analystes.

B. G. : Et réciproquement ! Parce que, par exemple, ce que les psychanalystes disent sur l'intersubjectivité, la subjectivation des interactions, la spécularisation, cela pourrait donner lieu à des travaux neuroscientifiques, le cas échéant, si quelqu'un s'y intéressait.

G. V. : On aurait une interfécondité, absolument. Ce constat de 10 % de connexions synaptiques pré-câblées, cela creuse une vacuole dans l'approche neurologique elle-même. Comme le disent Ansermet et Magistretti, le cerveau humain est programmé pour ne pas être entièrement programmé ; il inclut l'interaction, c'est-à-dire ce qu'on recueille après-coup comme étant l'intersubjectivité et que l'on travaille directement pendant les séances. C'est en ce sens que j'avais osé reprendre ce mot d'Ansermet que les analystes – mais disons plus généralement les psychothérapeutes – sont des « praticiens de la plasticité »⁵ cérébrale ; ils remettent en jeu ce « champ intersubjectif » en ses soubassements somatiques, qui ne se peut « toucher » que dans l'ordre de la parole, pour l'instant en tous cas.

B. G. : Alors il y a un grand thème, un autre grand thème de dialogue, c'est la néoténie, Freud en a déjà parlé dès 1926, en disant que le bébé humain naissait totalement inachevé, beaucoup plus que tous les autres bébés mammifères. Cela, pour lui, ouvrait sur le développement psycho-affectif tel qu'il l'a décrit. Aujourd'hui, les neuroscientifiques le redécouvrent, avec l'accent mis sur l'épigénèse. Je crois que nos discussions sur la place de l'organogenèse et de la psychogenèse, aux yeux des épigénéticiens, deviendront un jour totalement caduques et dérisoires. Cet inachèvement premier, c'est la situation anthropologique fondamentale de Jean Laplanche d'un côté, et c'est la néoténie darwinienne de l'autre. Il n'y a aucune raison qu'on ne puisse pas se parler entre psychanalystes et neuroscientifiques, même si c'est à distance. Je ne veux pas paraître frileux, je veux bien aller dans le contact, mais sans confusion épistémologique.

G. V. : Je crois que c'est important effectivement.

B. G. : En tout cas, je trouve qu'on a déjà, là, avec l'intersubjectivité de la subjectivation, la néoténie et les traces psychiques de l'expérience, des zones de dialogue possible. On ne les avait pas il y a 10 ans ou 15 ans. Donc malgré tout, si les conditions sont difficiles – et j'ai commencé par cela tout à l'heure – il faut se dire que, quand même, il y a des ouvertures possibles et des zones de dialogue déjà existantes.

G. V. : C'est vrai.

B. G. : Il faut être aussi un petit peu optimiste. Si l'on se replace 30 ans en arrière, au moment où la psychanalyse était reine, tout ce qu'on dit là était impensable. Il y avait des interdits de penser à l'époque, bien plus qu'on ne croit. On commence à dépasser cela.

G. V. : Dans la plupart des écoles analytiques, ces interdits de penser demeurent, malheureusement ; ils sont même structurants de la groupalité.

B. G. : L'idée, c'est aussi peut-être de faire bouger cela. Et si votre revue peut faire un peu bouger les lignes, c'est bien. Mais je crois que, pour cela, pour ne menacer personne, il faut affirmer haut et fort, et sans concession aucune, le refus de l'amalgame épistémologique. C'est le conflit épistémologique qui est intéressant, les divergences, pas l'absence de différence ou le consensus mou.

G. V. : Vous évoquez ici l'esprit des controverses ; je crois qu'il faut y revenir. C'est un peu le projet de la revue. Mais, du coup, cela m'évoque la question thérapeutique, car c'est cela qui est en jeu aussi : l'efficacité thérapeutique des approches. On parle des jonctions, des fécondités problématiques théoriques, mais tout cela a un sens principal : l'opérativité clinique. La recherche en psychanalyse n'a pour moi de sens que dans le but de dépasser ou limiter le nihilisme thérapeutique auquel conduisent certaines pratiques aujourd'hui en vigueur. En ce sens, la psychanalyse n'est pas comme les autres sciences « humaines ».

B. G. : Je suis d'accord, on pense pour agir. Pour moi, peut-être parce que dans ma pratique hospitalière je m'occupe plutôt d'enfants – même si je reçois par ailleurs des adultes –, je suis résolument pour l'idée que la psychanalyse est du côté des sciences narratives, en ce qui concerne la recherche. Pas expérimentales, évidemment. Les facteurs spécifiques du changement, dans la psychanalyse, passent pour moi par la narrativité. C'est à partir de cette dimension que je propose qu'on se repère, qu'on opère et qu'on évalue nos pratiques.

G. V. : Est-ce que vous pourriez nous en dire un peu plus sur cette idée de narrativité et son lien avec la psychanalyse ? Cela n'est pas forcément connu de tous.

B. G. : La narrativité, c'est l'ensemble des processus qui mènent à la narration. Le produit final, c'est un récit. La narrativité pose la question de la construction du sens pour un sujet. Le concept de « narrativité » a des racines épistémologiques très variées : linguistique, historique, philosophique. Paul Ricœur insistait sur le fait que l'identité humaine était une identité fondamentalement narrative. Pour nous, avec les enfants, cette narrativité – même si elle a ses corrélats neurologiques – est une affaire de co-construction. Aucun enfant ne mettra en place ses propres processus de narration s'il n'est pas pris dans une relation avec quelqu'un qui construit de son côté une narrativité, qui produit du dialogue. Donc c'est peut-être modulaire, c'est peut-être cognitif, mais, enfin, c'est surtout relationnel quand même, car il s'agit de la mise en relation de deux psychismes.

G. V. : Au sens, voulez-vous dire, où on ne se narre pas tout seul, où il faut un autre pour parler ? Ce qu'évoquait Montaigne quand il disait que « la parole est moitié à celui qui parle, moitié à celui qui écoute »⁶.

B. G. : Tout à fait. Et c'est tout le problème de l'autisme qui emblématise la grande difficulté, parfois, de cette co-construction de la narrativité. Ici à Necker, on essaie de suivre les effets des

⁵ Voir sa conférence du 15 octobre 2004, à Montréal au Québec (Canada), en ligne à l'adresse suivante : <http://pontfreudien.org/content/françois-ansermet-neurosciences-et-psychanalyse>.

⁶ Montaigne, *Les Essais*, chapitre XIII : « De l'expérience ».

avancées de la psychothérapie d'enfants par le biais de l'étude de la narrativité. C'est un mode d'évaluation. On peut mesurer des effets.

G. V. : Ça c'est intéressant, parce qu'on arrive du coup aux questions des méthodes qu'on pourrait mettre en place pour faire de la recherche, évaluer nos pratiques.

B. G. : Oui. Et on voit qu'un enfant qui se dégage de ses symptômes est un enfant qui progresse dans sa narrativité. On a désormais les outils nécessaires. Alors il est vrai que, curieusement, ce sont des outils dérivés de la théorie de l'attachement plus que de la psychanalyse elle-même. Mais bon, si pour une fois la théorie de l'attachement peut venir un petit peu au secours de la psychanalyse, je n'y vois pas d'obstacle. Ces outils, il y en a pour tous les âges : pour les petits, la « *strange situation* » de Mary Ainsworth, pour les plus grands des histoires à compléter et puis divers tests.

G. V. : Pourriez-vous donner quelques détails ? Tout cela n'est pas forcément connu et est tout à fait intéressant.

B. G. : Et bien, si vous voulez, le grand problème de la validation de nos processus de changement, tout d'abord, c'est que, d'une part, il y a des facteurs spécifiques, et d'autre part, des facteurs non spécifiques. Parmi les facteurs non spécifiques il y a le cadre puisque, dans les thérapies cognitivo-comportementales, il y a aussi un cadre ! Le cadre – le fait d'accueillir un patient, d'être disponible pour lui, à l'écoute – est intéressant, mais pas spécifique. En cherchant les facteurs spécifiques, on a longtemps été confronté à des problèmes méthodologiques très difficiles. Ce n'est pas que les psychanalystes étaient de mauvaise volonté ; c'est juste qu'il a fallu du temps pour résoudre ces problèmes.

Évaluer la souffrance psychique d'un enfant, on voit bien ce que cela veut dire, mais ce n'est pas si facile que cela à mettre en œuvre concrètement. Évaluer la modification structurale du fonctionnement d'un enfant, qui est en pleine structuration lui-même, c'est encore un autre problème ! Et se fonder seulement sur la disparition des symptômes n'est pas si simple, puisqu'on a, dans notre domaine, des améliorations qui ont parfois valeur de « fuite dans la guérison », de résistance au traitement. On nous dit souvent qu'on ne fait rien. Dans les études rétrospectives, il y a plein de données manquantes, car les dossiers ne sont pas suffisamment remplis. Et si, malgré tout, on fait une étude rétrospective en ayant accumulé des données, on nous dit : « votre observation des processus pèse sur le processus thérapeutique lui-même et, ainsi, vous ne pouvez pas comparer avec ce qui se passe dans d'autres psychothérapies ».

On a de fait été paralysé par ces critiques. Mais aujourd'hui, il y a quand même des choses qui ont changé, notamment par le biais de ces études sur la narrativité. Ce ne sont pas toujours des outils faciles à manier pour les chercheurs, mais pour les enfants, c'est peu intrusif. Une fois par an, on peut refaire telle ou telle épreuve, ce qui est plutôt amusant et ne dure qu'un petit quart d'heure. Pour le chercheur, c'est beaucoup plus long à retravailler ensuite. Ce que l'on commence à voir, c'est que les patients limites sont ceux qui sont probablement les plus difficiles à faire bouger, à la différence des enfants névrotiques ou psychotiques, dont la narrativité change très sensiblement sur deux, trois voire quatre ans. Ce que l'on voit encore, c'est qu'au bout de la première année de traitement, il y a un moment un peu risqué où les choses semblent se désorganiser : l'enfant pourrait sembler aller moins bien, et les parents risquent d'interrompre la cure, alors que c'est justement le moment où il importe de ne pas lâcher, car les choses se reconstruisent ensuite. Ces phénomènes sont proches de ceux observés dans les cures d'adultes.

G. V. : Je trouve cette perspective de recherche extrêmement intéressante parce que, d'une certaine manière, en psychanalyse, on essaie de s'y repérer en donnant la parole au sujet, pour qu'il extraie réflexivement un savoir sur sa propre position subjective (c'est d'ailleurs par cette méthode que l'on recueille des éléments sur l'organisation psychique du sujet, ses

problématiques axiales, névrotiques, limites ou psychotiques, et ce, quel que soit le sous-dispositif : face à face, divan/fauteuil, côte à côte, dos à dos, psychodrame, etc.). La narrativité, vue comme l'énonciation inscriptible d'un sujet, est donc un biais objectivable par lequel évaluer les transformations de la position subjective ; c'est un prisme objectivant, permettant la mesure d'une incidence thérapeutique, pour peu qu'on en définisse les éléments constitutifs de la « narrativité » de façon cliniquement pertinente.

B. G. : J'en ai parlé dans un livre, *Mon combat pour les enfants autistes*. J'ouvrais le livre en racontant comment un enfant que j'avais connu à deux ans, terriblement autiste, pouvait me dire dix ans après qu'il avait bien évolué. Il gardait des particularités, mais il me disait : « Tu te rappelles, quand j'étais petit, j'ai eu des problèmes » (Golse, 2013).

G. V. : C'est fort ; il resitue celui qu'il a été par rapport à celui qu'il est en train de devenir.

B. G. : Il s'approprie subjectivement la cure ; il reprend à son compte une espèce de mémoire à deux, ce qui est très émouvant. Je pense bien qu'il n'a pas vécu en temps direct ces remaniements, mais le processus de guérison passe par cette reconstruction narrative.

G. V. : Avec sa part de fiction constitutive, mais aussi de « réel » bien localisé. Ce jeune garçon semble en savoir un bout sur son « autisme » ; il se positionne. Preuve que l'autisme ne recouvre pas entièrement le sujet mais qu'il s'agit bien, pour une personne diagnostiquée « autiste », de devenir sujet de son « autisme » si l'on peut dire, d'en faire quelque chose, d'inventer une manière de vivre avec qui lui convienne.

B. G. : Je crois que cela n'est pas rendu possible à ce degré de finesse par les thérapies cognitivo-comportementales, par exemple. C'est pour cela qu'aujourd'hui, avec ce type d'études, on échappe un petit peu à la critique de non réfutabilité de Popper. S'il ne se passe rien, il ne se passe rien.

Ceci étant, vous savez, dans les grandes polémiques qu'il y a autour de l'autisme, il y a vraiment, sans être complotiste, un lobby anti-psychanalyse, très intensément représenté parmi les journalistes aussi. J'ai dit à Catherine Vincent, la grande journaliste du journal « Le Monde » – qui est la fille de Roger Perron, et qui connaît donc un peu la psychanalyse –, que je ne comprenais pas pourquoi elle se refusait à prendre en compte l'existence de ces recherches ainsi que de tout ce qui est fait actuellement par l'Inserm et la Fédération française de psychiatrie en termes d'études sur l'effet des psychothérapies dans l'autisme. Je le lui ai expliqué, elle m'a écouté, mais ensuite, plus rien n'existe dans les papiers qu'elle écrit. C'est frustrant tout de même !

G. V. : C'est frustrant, mais je ne suis pas très pessimiste là-dessus, parce qu'il y a aussi des effets de mode avec les TCC dans le discours médiatique. Qu'est-ce qui se passe aujourd'hui ? Les cabinets d'analystes ne désemplissent pas vraiment ; beaucoup de psychologues travaillent avec la psychanalyse ; certains psychiatres aussi. La psychanalyse n'est pas prête de disparaître comme pratique. Quand quelqu'un a une angoisse, quand quelqu'un a des phénomènes dissociatifs, quand quelqu'un a un symptôme très dérangeant, une dépression lourde, un malaise d'exister, se rend-il dans un laboratoire en neurosciences ? Non, on n'y fait que de la recherche. Se rend-il dans un laboratoire de génétique ? Non, on ne pourra pas l'aider ! Que peut lui apporter la psychiatrie biologique ? Un traitement, essentiellement. Ce qui n'est pas à négliger, mais insuffisant. Quant aux TCC, elles fonctionnent pour certains, dans certains cas, mais enfin, au bout de dix séances standard sans qu'aucune parole libre n'ait pu être verbalisée, sans que le sujet ne puisse s'adresser en profondeur à un autre, il se rencontre des limites cliniques. Il y a un impondérable de la rencontre – dimension qui reste une des spécificités de la pratique analytique. Il faut rester optimiste.

Et peut-être, pour terminer, auriez-vous une idée de ce que pourrait être concrètement l'avenir du dialogue entre sciences et psychanalyse ?

B. G. : Ma réponse est forcément biaisée, puisque j'enseigne à l'université. J'aurais surtout envie que dans les études de médecine tout comme dans celles de psychologie – bien que cela y fonctionne un peu mieux – la sémiologie, la psychopathologie et les techniques analytiques reviennent à l'ordre du jour, avec l'inter-fécondité dont on a parlé. J'aimerais que les yeux des étudiants se rallument à l'idée de ces nécessaires confrontations.

G. V. : Peut-être que les médecins y reviendront ! C'est un réel besoin, je pense, pour ceux qui se vouent à la rencontre clinique. Comment penser et pratiquer les problématiques psychiques sans repères appropriés, sans prendre position – critique, il va de soi – par rapport au trésor déposé dans la tradition psychanalytique ?

B. G. : Ce que l'on voit aux États-Unis pour l'instant, c'est avant tout le retour de la phénoménologie. Ce n'est pas directement la psychanalyse, mais il y a bien quelque chose qui manque à la médecine trop positiviste.

G. V. : Je propose qu'on termine sur cette note optimiste ! Merci, Bernard Golse.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- Ansermet, F., & Magistretti, P. (2011). *À chacun son cerveau. Plasticité neuronale et inconscient*. Paris: Odile Jacob.
- Freud, S. (1994). *La question de l'analyse profane* (1926). In *Œuvres complètes* (XVIII, p. 17). Paris: PUF.
- Freud, S. (2000a). *Leçons d'introduction à la psychanalyse* (1916–1917). In *Œuvres complètes* (XIV, p. 20). Paris: PUF.
- Freud, S. (2000b). *La Question de l'analyse profane* (1926). In *Œuvres complètes* (XVIII, p. 68). Paris: PUF.
- Golse, B. (2013). *Mon combat pour les enfants autistes*. Paris: Odile Jacob.
- Ouss, L., Golse, B., Georgieff, N., & Widlöcher, D. (2009). *Vers une neuropsychanalyse ?* Paris: Odile Jacob.
- Solms, M., & Turnbull, O. (2015). *Le cerveau et le monde interne : une introduction à la neuro-psychologie*. Paris: PUF (Une note de lecture de ce livre est proposée par S. Scherrer dans ce numéro de *In Analysis*).
- Vincent, J.-D., & Lledo, P.-M. (2012). *Le cerveau sur mesure*. Paris: Odile Jacob.
- Visentini, G. (2015). *Pourquoi la psychanalyse est une science. Freud épistémologue*. Paris: PUF.
- Widlöcher, D. (1996). *Les nouvelles cartes de la psychanalyse*. Paris: Odile Jacob.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


Débat

Au cœur de l'affect, le « récit non verbal »

At the heart of the affect, "the non-verbal narrative"



C. Infurchia

Institut de psychologie, CRPPC, université Lyon 2, 5, avenue P.-Mendès-France, CP 11, 69676 Bron cedex, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Disponible sur Internet le 26 janvier 2017

Mots clés :
Processus émotionnel
Inconscient clivé
Inconscient refoulé
Conscience

Keywords:
Emotional process
Unconscious split
Unconscious repressed
Consciousness

RÉSUMÉ

La thématique « Émotions ou affects » est présentée sous la forme d'une interrogation importante à plusieurs niveaux, à la fois en tant qu'elle cherche à établir une distinction entre les deux concepts, et en tant qu'il y aurait, au travers de cette distinction, à prendre la mesure d'éventuelles implications dans le champ du soin psychique (dispositif et modalités de la relation psychothérapeutique). Une articulation entre neurosciences et psychanalyse permet de clarifier ces deux termes.

© 2016 Association In Analysis. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

The theme "Emotions or affects" is presented as an important question on many levels, both as it seeks to make a distinction between the two concepts, and as there would be, through this distinction, to take the measure of the possible implications in the field of psychic care (device and methods of the psychotherapeutic relationship). A link between neuroscience and psychoanalysis helps clarify these two terms.

© 2016 Association In Analysis. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

La souffrance humaine comporte diverses expressions selon l'histoire singulière des sujets, mais aussi au sein d'une même problématique subjective. Pour quelques exemples, cette diversité peut se manifester au travers d'hallucinations, de somatoses, de réactions passionnelles, de sentiments clairement identifiés et énoncés, ainsi qu'elle est notable dans le type de modalités d'investissement relationnel. On peut certes parler d'émotion et/ou d'affect pour qualifier cette souffrance. Cependant, un travail sur les articulations possibles entre deux épistémologies aussi différentes, telles que le sont la psychanalyse et les neurosciences, permet une explicitation sur chacun de ces termes et conduit à considérer émotion et affect dans une continuité processuelle débouchant sur la production de plus en plus affinée des processus de représentation mais aussi à les envisager comme des phénomènes différenciés, une différenciation perceptible, notamment lors des manifestations psychopathologiques. Ce travail contribue également, au plan clinique, à poursuivre une réflexion sur le cadre d'accueil dévolu aux patients ainsi que sur les manifestations transféro-contre-transférentielles. Schématique-

ment, l'accueil d'un sujet psychotique aux comportements peu adaptés requiert une contenance de ses éventuels débordements pulsionnels/émotionnels au travers d'un « être ensemble » dans une humanité partagée, dans un dispositif en « face à face », ou encore un « faire ensemble » au travers de médiations d'expression. Spécifiquement, avec des médiations comme par exemple, dessin-peinture, photolangage®, est proposé un cadre qui permet aux patients de faire appel à des images internes, nous verrons dans le déploiement de cet article que cette capacité à produire des images est essentielle pour les processus de représentation, son absence produit, révèle la psychopathologie. Avec ce type de cadre, nous sommes loin de la cure analytique, dispositif divan/fauteuil, proposée aux personnes dont l'appareil psychique est à même de mettre en œuvre des processus de symbolisation par le biais de pensées, de souvenirs, pour dénouer, décondenser les éléments générant de la souffrance émotionnelle afin de l'énoncer en termes d'affects.

Le contenu de mon article propose une mise en relief des phénomènes émotionnels au travers d'un maillage théorique neurosciences/psychanalyse et psychopathologie clinique. Nous verrons qu'un aspect processuel est au cœur de ces phénomènes, une stase dans le processus s'avère délétère pour la formation des

Adresse e-mail : claudia.infurchia@orange.fr
<http://dx.doi.org/10.1016/j.inan.2016.12.002>

2542-3606/© 2016 Association In Analysis. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

affects. La théorie choisie pour les neurosciences est celle d'A. Damasio ponctuée par l'apport d'autres neurobiologistes. Les psychanalystes anglo-saxons sont présents pour l'intérêt porté à l'émotion dans les états précoces et les troubles psychotiques. A. Green dans son travail sur l'affect conduit à revisiter les textes freudiens. Freud, selon A. Damasio, fait partie avec C. Darwin et W. James, des scientifiques qui vers la fin du XIX^e siècle, ont accordé une place privilégiée aux différents aspects de l'émotion. Concernant Freud, A. Damasio écrit qu'« il avait entrevu le potentiel pathologique des émotions perturbées et annoncé leur importance en des termes non déguisés » (1999, p. 55).

Psychanalyse

L'œuvre freudienne montre le tracé de deux voies quant à une différenciation possible entre « émotion » et « affect ». Deux termes qui, à des fins de clarification et dans le cadre de l'écriture condensée d'un article, se doivent d'être renommés selon le lexique freudien, pour l'un, « état émotif » et l'autre, « représentation ».

La voie de l'émotion, l'« état émotif »

Freud désigne par l'expression « état émotif », l'angoisse liée aux phobies et aux obsessions. Autre élément commun à ces problématiques, la mise en place d'actes, dans les phobies, pour l'évitement des situations redoutées, et dans les obsessions, comme défense érigée par le moi « contre l'idée inconciliable », c'est-à-dire la représentation interdite (Freud, 1895, p. 43). Les éprouvés émotionnels sont cependant distincts (Freud, 1895, p. 40) : la peur dans les phobies, le doute, le remords, la colère dans les obsessions. Plus de 20 ans plus tard en ré-abordant phobies et obsessions au sujet de l'angoisse, Freud explicite qu'elle est une « sensation » mais « plus exactement (un) état affectif » (1916, p. 370). L'« état émotif » est donc renommé « état affectif », il peut être conçu comme un complexe comprenant des sensations, de l'angoisse, de la motricité (une série d'actes) et des émotions qualifiées (peur, colère, etc.). Les actes intervenant comme un moyen pour « se soustraire à l'angoisse », « pour empêcher le développement de l'angoisse » (1916, p. 381). L'angoisse, selon Freud, est produite par la « libido » lorsque son « cours normal est entravé », dès lors « les processus auxquels on assiste sont tous et uniquement de nature somatique » (1916, p. 380) ; « déviation (de la libido) et angoisse peuvent (...) résulter du refus d'intervention de facteurs psychiques » (1916, p. 381), « refus » des représentations psychiques en lien avec un désir interdit. Freud écrit : « ... la partie de beaucoup la plus importante du processus du refoulement » provient de l'angoisse, un phénomène somatique (1916, p. 387) et son « développement » « se rattache étroitement avec le système de l'inconscient » même s'il est difficile pour Freud d'« affirmer l'existence d'états affectifs inconscients de la même manière (que celle) de représentations inconscientes » (ibid). Freud écrit « Un état affectif comprend d'abord certaines innervations ou décharges, et ensuite certaines sensations. Celles-ci sont de deux sortes : perceptions des actions motrices accomplies et sensations directes de plaisir et de déplaisir qui impriment à l'état affectif ce qu'on appelle le ton fondamental » (1916, p. 373) ; l'« état affectif est un processus de décharge et doit être jugé tout autrement qu'une représentation » (1916, p. 387). On peut se demander pourquoi Freud est passé de l'expression « état émotif » à « état affectif » ? Peut-être, nous incombe-t-il de discerner dans ce changement la nature somato-psychique de l'émotion et l'idée d'un processus qui va du corps de l'émotion à l'affect.

La voie vers l'affect, un travail de transformation de l'état émotif (état affectif) en représentation

Freud écrit « Dans certains états affectifs, on croit pouvoir remonter au-delà de ces éléments (c'est-à-dire perceptions et sensations) et reconnaître que le noyau autour duquel se cristallise tout l'ensemble est constitué par la répétition d'un certain événement important et significatif, vécu par le sujet » (1916, p. 373). Sensations et perceptions viendraient en lieu et place de la représentation de l'événement, soit parce qu'elle ne s'est pas formée ou parce qu'elle est interdite d'accès à la conscience. Les « sensations » sont alors des « rudiments » d'affects, mais encore l'affect peut se présenter sous la forme d'angoisse, (1916, p. 83) ou bien encore, peut-il se présenter sous la forme d'« états émotifs » (Freud, 1895, p. 40).

Cette idée de « rudiments » d'affects indique, d'une part, que l'affect peut se présenter sur un mode partialisé et, d'autre part, que l'affect complet est conçu comme étant l'aboutissement d'un processus, Freud, en effet, parle du « développement de l'affect » (Freud, 1915, pp. 83–85). Dans cette lignée (Freud, 1915, pp. 84–86), R. Roussillon parle d'une « composition » suffisante de l'affect (2007, p. 354) pour son utilisation dans les processus conscients de symbolisation et de remémoration par le souvenir. Arrivé au stade d'un « développement » achevé, l'affect est, selon A. Green, « représentation de l'affect » (1995, pp. 91–107), dans son article concernant la « discrimination et l'indiscrimination affect-représentation », l'auteur précise que l'affect « a » valeur de représentation, « est » représentation. Dans cette perspective, l'auteur conçoit que l'énergie pulsionnelle à l'œuvre dans les expériences des personnes « cas-limites » est insuffisamment liée par la valeur de l'affect en tant que représentation, dès lors, les affects apparaissent sous forme d'émotions exacerbées (1999, p. 225, p. 259). La part pulsionnelle est d'une telle intensité qu'elle ne permet pas la conduction des émotions vers un affect à valeur de représentation. « Les affects ne sont plus verbalisables (...) parce qu'ils deviennent inidentifiables ». Il se produit « une confusion d'affects qui ne renvoient plus à des représentations mais à de l'irreprésentable » (Green, 1999, p. 241). Pour davantage de clarté, il semble que dans cette citation, l'emploi du terme émotion serait plus adapté ou alors selon le point de vue freudien, il conviendrait d'utiliser l'expression « état affectif ».

Il est difficile d'établir une lecture limpide d'une distinction à établir entre émotion et affect lorsque, comme l'écrit B. Golse, dans le champ de la psychanalyse, au terme « émotion », « on lui préfère celui d'affect » (2002, p. 24) ; à retenir, selon lui, « la proximité relative des concepts d'affect et d'émotion à ceci près que le terme d'affect renvoie sans doute davantage à la théorie des pulsions, tandis que celui d'émotion renvoie peut-être davantage à la théorie des relations d'objet » (Golse, 2002, p. 26). Si l'affect est lié à la théorie des pulsions c'est en tant qu'il est l'un des représentants de la pulsion ; quant à l'émotion, liée à la théorie des relations d'objet, B. Golse en rappelle la place essentielle dans les conceptualisations des auteurs anglo-saxons. Pour W.R. Bion, par exemple, « les liens entre les objets internes sont des liens émotionnels, de la même façon que les liens entre les sujets et ses objets externes sont de nature émotionnelle » (Golse, 2002, p. 25). Dès lors, nous voyons bien que l'affect est promu au rang d'élément de l'ordre de la représentation pendant que l'émotion qualifie la nature des liens vécus entre sujet et objet et l'intériorisation de ces liens.

Les « liens » L (amour) et H (haine), écrit B. Golse, sont instables et susceptibles de clivage alors que la stabilité est liée au lien K (connaissance). Cependant, il nous faut comprendre que si le lien K est empreint de stabilité c'est parce-que « l'émotion liée à l'incertitude et à la tension (...) devant l'inconnu en attente d'un sens » a pu être supportée et donc intégrée. L'intégration est relative chez le sujet à la subjectivation de ses pulsions, si elle ne se

produit pas, l'amour et la haine comportent un potentiel traumatique, désorganisateur de l'être. Le lien K représente donc, un processus, une « *expérience émotionnelle* », une « *activité de connaissance* » (1962, p. 67) qui, si elle n'est pas fuie, conduit le sujet précoce à « *en abstraire un énoncé qui saura représenter adéquatement cette expérience*. Cette abstraction engendre un sentiment de confiance quand elle réussit à représenter d'autres expériences encore inconnues au moment où l'abstraction a été produite ». (Les expériences à venir relatives à des contextes ressemblants aux précédentes comportent désormais un sens généralisable pour le sujet d'où la stabilité du lien K). « *Ce sentiment de confiance est semblable à celui qui est créé lorsqu'une conviction paraît être confirmée par le sens commun* » (1962, p. 67). L'« *activité de connaissance* » débouche sur une transformation des éléments bruts de l'« *expérience émotionnelle* » en éléments symboliques, par la mise en lien de l'« *éprouvé émotionnel* » (dans le contact de la « *chose en soi* ») avec le « *mot* » qui la désigne.

Les mots n'acquièrent leur qualité de sens et d'utilisation généralisable et abstractive que dans la mesure où ils sont lestés du vécu subjectif d'une expérience émotionnelle métabolisée, intégrée. Ainsi, écrit W. R. Bion, pour les sujets psychotiques, le mot peut n'être qu'une chose si dans leur relation aux objets, ils n'ont pas pu déployer une « *activité de connaissance* », c'est-à-dire, « *apprendre à connaître quelque chose* » (1962, p. 85). C'est, à mon sens, ce défaut d'« *activité de connaissance* » qui confine les liens L et H au clivage, et c'est par l'œuvre aboutie de cette « *activité* » que le lien K prend valeur de stabilité venant s'intriquer aux deux autres.

Neurobiologie

Les théories d'A. Damasio apporte un éclairage sur cette notion bionienne du lien K. L'auteur nomme « *récit non verbal* » l'élément issu de l'« *activité de connaissance* » à laquelle est soumis l'organisme dans sa rencontre émotionnelle avec l'objet. À l'état précoce, les mots entendus ne sont pas d'emblée signifiants, ils ne le deviennent qu'avec la maturation progressive du fonctionnement cérébral (myélinisation des neurones) et des régions du cerveau impliquées dans la compréhension du langage (aire de Broca, aire de Wernicke, lobule pariétal inférieur). A. Damasio souligne l'idée qu'avant la signification des mots, préexiste la constitution d'un « *récit non verbal* », un composé d'« *images mentales* » ou de « *concepts* » (1999, pp. 240–245), autrement dit, des représentations symboliques, les premières de ces représentations étant les représentations de choses. (La notion de « *récit non verbal* » est développée « *infra* »).

A. Damasio envisage l'existence d'une trajectoire, un « *processus émotionnel* » jalonné de trois phases : « *l'émotion* », le « *sentir* » (de l'émotion), la « *conscience* » (Damasio, 1999, p. 361). Ces phénomènes ont pour l'auteur « *ceci de remarquable* » : « *ils sont en étroit rapport avec le corps* » (Damasio, 1999, p. 361). Il suppose « *que l'expression (l'émotion) précède le sentir : il n'y aurait pas d'instance centrale du sentir avant le déclenchement d'une émotion*. Je suggère également que le fait d'éprouver un sentiment ne coïncide pas avec le fait de savoir qu'on l'éprouve » (Damasio, 1999, p. 361). Par ces propos, est signifié que, l'« *expression (l'émotion)* » (ici, l'émotion en tant que « *réponse chimique et neuronale* ») (Damasio, 1999, p. 71) précède le fait de « *sentir* » l'émotion. L'énoncé se complexifie dès lors qu'il nous faut comprendre que l'émotion, pourtant ressentie (le « *sentiment d'émotion* ») peut ne pas être connue (non manifeste dans le « *savoir* ») de celui qui l'éprouve à la différence du « *sentiment de sentiment* ».

Le processus émotionnel : 1) l'émotion (produit neurochimique), passe par 2) le « sentiment d'émotion » jusqu'au 3) le « sentiment de sentiment », c'est-à-dire la conscience avec sa capacité à produire des représentations mentales dotées de sens

L'émotion neurochimique, un « état d'émotion » non conscient

Le « *sentiment d'existence* » du sujet, autrement dit, son narcissisme, réside dans le devenir de l'émotion neurochimique produite par l'homéostasie de l'organisme dans sa liaison avec l'environnement. Au début est donc le corps, l'organisme est éprouvé par un « *état d'émotion (...)* déclenché et exécuté de façon non consciente » (Damasio, 1999, p. 53). Cet « *état d'émotion* » est caractérisé par des réponses comportementales et viscérales (végétatives et hormonales) (LeDoux, 2005, p. 292). Ces réponses retournent au cerveau sous forme de signaux qui « *peuvent ainsi être filtrés ou bien au contraire laissés passer, une partie d'entre eux peuvent se voir inhibés ou mis en valeur, et le plaisir ou déplaisir qu'ils suscitent altérés* » (Damasio, 1999, p. 358). À entendre qu'il y a d'emblée, au niveau du fonctionnement neurophysiologique le plus profond une valeur qualitative attribuée aux éprouvés du corps ; la formulation est complexe, il est question d'une possible « *altération* » du « *plaisir* » comme du « *déplaisir* », comme si ces valeurs pouvaient perdre de leur intensité. De manière schématique, les contenus des « *configurations neuronales* » dites de « *premier ordre* » qui se forment à partir de l'« *état d'émotion* » se rapportent aux réflexes, pulsions, douleur, plaisir, c'est-à-dire des « *constituants* » de l'émotion¹. Des images sensorielles partielles se forment, elles se cantonnent à être « *des images de la vue, ou du bruit, ou du toucher* » sans aucun « *savoir* » sur le fait même qu'un organisme les a engendrées (Damasio, 1999, p. 42). Les expériences émotionnelles à ce stade sont caractérisées par l'absence de causalité perçue par l'organisme ; dans cette situation, l'objet est comme dissout dans le fonctionnement de l'organisme qu'A. Damasio nomme « *proto-Soi* » ; l'organisme et l'objet sont confondus dans la perception, aussi peut-on envisager le « *proto-Soi* » comme « *étant* » tour à tour ce qu'il voit, ce qu'il entend, ce qu'il touche. La constitution des images mentales provient du traitement sensori-moteur, leur lieu de fabrication se situe dans les cortex sensoriels : « *notre identité réside pour ainsi dire dans les cortex sensoriels* » (Damasio, 1999, p. 288) lesquels sont en lien avec les systèmes émotionnels. Le concept de « *proto-Soi* » d'A. Damasio est envisagé dans ses aspects changeants, il cartographie « *instant après instant (...)* l'état de la structure physique de l'organisme dans ses nombreuses dimensions. (...) Le langage ne fait pas partie de la structure du proto-Soi. Le proto-Soi n'a pas de pouvoirs perceptifs et ne détient aucune connaissance (Damasio, 1999, p. 201), c'est-à-dire qu'il est dépourvu de conscience.

Une possible correspondance avec la psychanalyse : Despinoy et Pinol-Douriez (2002) soulignent l'idée selon laquelle l'activité de représentation naissante se produit au sein de « *l'indistinction entre la mère-environnement et l'enfant* » et trouve sa source dans des images primitives sensorielles nommées « *pictogrammes* » par P. Castoriadis-Aulagnier. Le « *pictogramme* » « *« mettrait en forme » le « schéma relationnel » de ce qu'elle appelle « coalescence : organe sensible-phénomène perçu » comme « entité unique et indissociable »* » (2002, p. 12) ; il est la trace de l'investissement perceptivo-sensori-moteur de l'objet, dans une conjonction de la pulsion et de l'objet de la pulsion, au moment de la rencontre inaugurale entre sujet et objet.

¹ Douleur, plaisir, réflexes, pulsions sont des déclencheurs ou des constituants de l'émotion et non pas des émotions en soi (Damasio, 1999, p. 96, p. 100, p. 430).

Le « sentiment d'émotion » non conscient

À ce stade, le « proto-Soi » « ressent » ses émotions mais le « sentiment d'émotion » relève toujours du registre du « non conscient », les images formées sont clivées. Par « sentiment », A. Damasio désigne « l'expérience mentale et privée d'une émotion » (1999, p. 60) et précise qu'il s'agit de l'« ensemble des configurations neuronales qui sous-tendent un sentiment ». Cet ensemble « provient de deux types de modifications biologiques, celles qui ont trait à l'état du corps et celles qui ont trait à la situation cognitive. » (Damasio, 1999, p. 357). Les modifications relatives à la situation cognitive peuvent être entendues au travers du concept des « marqueurs somatiques » (Damasio, 1994). Dès lors que s'est opéré le retour au cerveau des signaux corporels relatifs aux modifications biologiques, ceux-ci représentés au plan mental s'inscrivent en traces mnésiques et se constituent en « mécanismes de simulation » des états du corps réels lorsque s'est jouée la réponse émotionnelle. Dans le déroulement du développement, ces mécanismes d'évaluation émotionnelle et cognitive à valence positive ou négative peuvent ou non intégrer le champ de la conscience. Ainsi, explique l'auteur, si le cerveau peut prendre une décision en quelques secondes ou minutes, c'est grâce aux « marqueurs somatiques », la prise de décision étant accélérée par le fait d'un court-circuit du corps (Damasio, 1994, pp. 224–225).

Discussion autour de la psychopathologie. De l'existence de représentations mais clivées.

La pratique psychothérapeutique amène à rencontrer des patients, par ailleurs adaptés dans leur rapport à la réalité, soudainement pris par une émotion pouvant s'exprimer par des pleurs dont ils ne parviennent pas à déterminer la cause, étant eux-mêmes saisis par cette énigme d'une absence de représentation relative à l'irruption de cette émotion. Ils ne peuvent que dire qu'ils ne se sentent pas bien. La levée de cette énigme pourrait bien nous être fournie par des éléments en provenance de la neurobiologie, à savoir que les images liées au « sentiment d'émotion » sont relatives à « la cartographie des conséquences de la liaison avec l'objet (et) s'effectue dans des cartes neuronales de premier ordre représentant le proto-Soi et l'objet » (1999, p. 222). « L'objet est (donc) également cartographié au sein de l'esprit, dans les structures sensorielles et motrices activées par l'interaction de l'organisme avec l'objet » (1999, p. 220). Dans le constat clinique précédent, l'hypothèse serait que le sujet est saisi par un « sentiment d'émotion » intense formé à l'âge archaïque de la psyché dans sa relation à l'environnement, des images se sont formées mais sont de l'ordre du clivé. Ces images sont réactivées par l'actuel relationnel pour lequel le sujet peine à lui attribuer une telle intensité émotionnelle. Au milieu de pleurs, un patient considérant son contexte de vie actuel, peut dire par exemple : « je pleure, je ne sais pas pourquoi, pourtant ça va ... ». J'ai proposé d'établir une correspondance entre le « non conscient » d'A. Damasio et l'inconscient clivé (Infurchia, 2014, p. 15) lequel est à distinguer de l'inconscient refoulé dont les représentations sont mobilisables par le travail du préconscient, ce qui n'est pas le cas dans la situation évoquée précédemment.

De la non-formation de représentations, autre configuration clinique : Nous avons vu que le début du processus émotionnel est nommé « état d'émotion » par A. Damasio, une stase à cette étape du processus nous amène à penser aux troubles psychotiques. L'auteur précise, sans plus d'explications que toutes les « configurations neuronales de premier ordre » ne deviennent pas des images mentales (1999, pp. 220–221 et p. 293), ne deviennent pas des sentiments d'émotion. De cette situation pourrait émerger une hypothèse : la non-formation d'images (un irréprésenté) relatives aux « conséquences » de la liaison sujet/environnement renvoie le sujet à un « état d'émotion ». Elle le renvoie à ce hors-temps de

l'être fragmenté en différents états sensoriels. D. W. Winnicott a postulé que les défenses psychotiques se mettent en place pour lutter contre des « angoisses disséquantes » (fragmentation de l'être) lorsque « l'environnement facilitateur » s'est montré « déficient » (1989, p. 209). La psychose est dès lors considérée comme une organisation défensive centrée sur le sentiment de toute-puissance. Elle procède d'une lutte contre la régression, la dissolution, la néantisation du soi naissant. Les défenses psychotiques ont pour objet d'empêcher le retour à l'état de « non-intégration » initial et normal, ce temps où le soi est comme fragmenté en différents états sensoriels et où les conditions à l'intégration en une seule entité (rassemblement des états sensoriels) relèvent d'une dépendance absolue à l'environnement (Winnicott, 1952, pp. 98–108). Il s'agit de mécanismes liés à la survie de l'être en l'absence d'« environnement » qui aurait pu « faciliter » le processus d'intégration de l'éprouvé émotionnel ouvrant sur sa transformation en « sentiment d'émotion ». Sans cette intégration, l'émotion demeure partialisée en ses divers composés sensoriels occasionnant le morcellement de l'être (« état d'émotion »). Dans la psychose, le sujet se maintient rassemblé au coût d'une grande énergie, veillant à ce que l'objet causateur d'éprouvés sensoriels/émotionnels inintégrables ne puisse fragiliser les coutures de son patchwork interne. Si les émotions servent à la survie comme à l'adaptation, dans le cas de la psychose, le processus émotionnel est comme figé, la survie consiste à se protéger de l'effet de certaines sensations plus que d'avoir à se protéger des émotions proprement dites. Les déficiences de l'environnement invoquées par D. W. Winnicott, on l'entend, sont relatives au fait qu'il ne « facilite » pas la liaison du sujet précoce et de l'objet, voire se montre cruellement présent/absent (« supplice de Tantale », 1989, p. 209), la chaîne du processus émotionnel est, dès lors invalidée dans sa fabrique à images ; sans ces images composées d'une sensorialité rassemblée et indexée de cognition, les réactions en réflexes, la douleur, les pulsions, voire les hallucinations (retour dans l'actuel d'une perception sensorielle) occupent le devant de la scène. Ainsi en va-t-il pour ce patient diagnostiqué schizophrène qui, lors d'un entretien, se voit dans la contrainte de se dégager de mon regard, pris d'une hallucination visuelle, l'image de mon œil « enregistrée » interférant dans le déroulement de l'entretien. Il s'excuse à plusieurs reprises d'avoir à détourner son regard de mon visage, me disant que ce n'est nullement de sa part la marque d'un non-respect. Le mur lui servant alors comme d'un écran protecteur entre lui et moi, un écran sur lequel, se projette l'hallucination de mon œil, un écran qui lui permet de poursuivre l'entretien. Il est ainsi dégagé de l'impact du visuel et en appui sur le canal auditif, il peut poursuivre nos entretiens hebdomadaires qu'il a beaucoup investis. L'un de mes propos, que nous discuterons dans la séance après que j'aie perçu son malaise, avait soulevé une angoisse massive générant cette intrusion hallucinatoire intempestive.

En matière de psychose, les systèmes émotionnels débordés par la perception de sensations d'une intensité extrême sont invalidés dans leur travail d'analyse et de synthèse débouchant sur la construction des représentations de choses. Dans cette situation, la chose peut être réduite à un seul de ses éléments sensoriels, et représentée en l'état, ou encore la perception est frappée de déni. (Mahler, 1968, p. 96). En matière de psychosomatique, l'action défensive invoquée est celle de la répression émotionnelle. Selon une hypothèse de S. Carton, ce mécanisme interviendrait sur les motions pulsionnelles et émotionnelles, c'est-à-dire sur le « facteur quantitatif aspirant à la décharge », avec comme effet d'empêcher la constitution d'un affect. Une autre idée complémentaire : la répression émotionnelle occasionnerait « un reflux de l'affect vers la sensation » et donc une « déqualification de l'affect » afin d'éviter la projection de l'affect dans l'objet (Carton, 2011, pp. 38–39). Parmi d'autres idées, S. Carton évoque celle de C. Dejours

concernant les rapports entre corps biologique et corps érotique : le processus de somatisation est envisagé sous l'angle de « l'action du couple répression-refoulement ». « La répression serait le versant plus biologique (agissant aux sources mêmes de la pulsion) et l'inhibition le versant plus psychique. Pour rendre compte de l'état du corps et des mouvements pulsionnels (non reliés à la sexualité psychique), le sujet va chercher à l'extérieur une "nourriture perceptuelle adéquate" qui le calme. » (Carton, 2011, p. 39), l'excitation étant au centre de ces situations. Le recours à la sensation permet au sujet d'échapper au débordement pulsionnel/émotionnel et à la désorganisation narcissique, le coût en est une régression du processus émotionnel dans sa capacité à produire des représentations.

Une correspondance avec la psychanalyse. Le « sentiment d'émotion » relève, rappelons-le, du « non conscient » (Damasio, 1999, p. 53) que j'ai associé à l'inconscient clivé, selon la proposition de Freud relative à l'existence d'un « troisième inconscient » propre à la partie inconsciente du moi, « un lcs non refoulé »², non accessible à la conscience (1923, p. 229). Ce moi inconscient étant au faîte de l'organisation des données sensorielles en provenance de la perception tant externes qu'internes (1932, pp. 101–103). G. Edelman parlerait, ici, des processus cérébraux donnant lieu à la « catégorisation perceptive », elle est le premier travail incombant au cerveau/psyché (Edelman, 2004, p. 180). Une « valeur » est attribuée à la perception, ces valeurs s'inscrivent dans une « mémoire de valeur-catégorie »³. L'homéostasie, le système émotionnel dans son entier entrent en ligne de compte dans la constitution de la « mémoire de valeur-catégorie » (Edelman, 2004, p. 206).

Sur cette notion de l'existence d'« un inconscient non refoulé » (la « partie inconsciente du moi »), E. Kandel développe son point de vue sur des modalités psychothérapeutiques spécifiques, l'« lcs non refoulé », nommé par lui « inconscient procédural non réprimé », est mobilisable. Certaines psychothérapies devraient être abordées sous l'angle de la « mémoire procédurale », le levier de cette mémoire étant, selon l'auteur, le « préconscient-inconscient » œuvrant au travers de modalités implicites, sans la nécessité d'une prise de conscience consciente. E. Kandel fait appel aux travaux de Sandler, Stern et al., l'axe de travail est le « moment présent » de l'« interaction » entre thérapeute et patient, ce « moment présent » pouvant faire œuvre de « moment de signification » (Kandel, 1998, p. 50 et p. 71) pour le patient sans qu'il y ait recours au passé, celui-ci étant inexploitable du point de vue de réminiscences conscientes. Le « moment présent » comporte une temporalité si fugace soit-elle, de trois à dix secondes et cependant vécue comme « un "maintenant" ininterrompu » ; il « est structuré comme une micro-histoire vécue avec une intrigue minimaliste et une ligne de tension dramatique constituée d'affects de vitalité. » (Stern, 2003, p. 281). Ceux-ci sont le « mieux rendus par des termes dynamiques, kinétiques tels que "survenir", "s'évanouir", "fugace", "explosif", "crescendo", "decrescendo", "éclater", "s'allonger", etc. » (Stern, 1989, p. 78). Il s'agit, selon l'auteur, des probables perceptions du nourrisson dans sa relation à l'environnement ; dans le décours du développement et au sein d'une relation actuelle, ces perceptions peuvent ré-émerger.

Du fait que le « sentiment d'émotion » comporte un début de différenciation entre sujet et objet ainsi que les prémisses de la temporalité primaire (temporalité au présent), on peut le

considérer comme étant une sorte de pont entre l'« état d'émotion » et le « sentiment de sentiment » (la conscience primitive).

À noter qu'A. Damasio situe les « émotions d'arrière-plan » (1999, pp. 73–74) au stade du « sentiment d'émotion », il les associe aux « affects de vitalité » de D. Stern dans la mesure où les perceptions de ces « émotions d'arrière-plan » (« la fatigue, l'énergie, (...), la tension, le relâchement ») sont relatives au « tonus physique général » de l'organisme (Damasio, 1999, p. 364). Elles peuvent tout autant être engendrées par des processus physiologiques, effort physique continu ou par « la rumination de pensée » (Damasio, 1999, p. 73), leur absence comme celle d'émotions de niveau plus élevé est « le signe que d'importants mécanismes de régulation corporelle ont été compromis » (Damasio, 1999, p. 134). Les « émotions d'arrière-plan » ne sont pas forcément perçues de manière consciente, elles peuvent l'être par la mise en œuvre de l'attention de celui qui les éprouve ou par celle d'un observateur qui les met en mots, elles deviennent alors des « sentiments » (Damasio, 1999, p. 72), c'est-à-dire des « sensations d'être » reliées aux conséquences positives ou négatives d'un événement.

Clinique. Les éléments précédents me rappellent plusieurs patients dont le propos est rempli de mots décrivant des états d'être non associés à des souvenirs. Une femme d'une cinquantaine d'années, dont les troubles sont dits bipolaires : « Un coup je suis joyeuse, un coup, je suis triste, non, je ne peux pas m'expliquer, c'est comme ça, je pense que mon esprit est malade ». La difficulté étant que joyeuse, elle s'alcoolise, et triste, elle tente de se suicider. Ses parents étaient alcooliques, le père frappait son épouse dans des crises de rage qui les terrifiaient, enfants, elle et sa sœur. Un homme, 36 ans, dont la problématique psychosomatique est impressionnante tant il est perdu de divers maux. Il est assailli d'angoisses dans l'incapacité parfois de les surmonter, un « stress » énorme pour lequel il ne peut donner de sens. Lorsque l'angoisse le domine, dit-il, elle crée en lui une « douleur insupportable ». Un jour, il parviendra à associer cet élément, il en est ainsi, notamment lorsqu'il est proche de « groupes euphoriques ». Dans son histoire, une mère alcoolique qui se prostituait pour un peu d'alcool, près du berceau dans lequel, bébé, il se trouvait. « Ce n'est pas un souvenir », me dit-il, « ce sont des « sensations ». Sa mère ayant continué ce genre de pratiques, lorsqu'il était jeune enfant, on peut penser qu'il peut dès lors relier ses sensations à des souvenirs.

Ces deux patients sont demeurés des années sans pouvoir mettre un minimum de récit sur des états émotionnels extrêmes. Dans un premier temps, l'énoncé n'était constitué que d'un dire sur la douleur. Cette absence de réflexivité narratrice me fait penser à un autre patient âgé de 29 ans, il consomme du cannabis et tente de s'accrocher à une vie quelque peu sociale. Il me dit : « Je doute de ce qui viendrait de ma propre initiative ou de ce qui vient de l'extérieur ». Ou encore : « Quand je pense, j'ai l'impression de quelque chose de factice. » Il tente de décrire son malaise lorsqu'il est en relation avec autrui. Il est assailli de sensations, (c'est de la « douleur »), me dit-il, à ne pas savoir si les expériences qu'il vit sont réelles, ainsi qu'il ne sait pas si ce qu'il pense vient de lui. Ces autres propos : « la présence des autres me dérange, me perturbe... un malaise physique. C'est comme si j'assistais à quelque chose que je n'arrive pas à changer... un décalage entre ce que je perçois et ce que je ressens ». Cette présence occasionne en lui beaucoup de confusion, il cherche à s'en défaire soit par l'usage de drogues, soit, c'est plus rare, par des comportements violents. À entendre dans ces propos, une personne qui peine à se sentir sujet, dans une grande difficulté à différencier ce qui vient de lui et ce qui vient de l'environnement ; les expériences accomplies butent sur leur intégration, leur subjectivation, dès lors sensation et douleur sont au premier plan. A. Damasio parlerait d'une absence

² Les autres catégories de l'inconscient étant l'inconscient refoulé et le préconscient.

³ De manière processuelle, « Les interactions réentrantes de la mémoire de valeur-catégorie avec les systèmes de catégorisation perceptive donnent lieu à la conscience primaire. » (Edelman, 2004, p. 193). La « conscience primaire » est le quasi équivalent de la « conscience-noyau » d'A. Damasio située avec l'émergence du « sentiment de sentiment ». Il en est question infra.

d'« agentivité », celle-ci advient avec le « sentiment de sentiment » corrélatif de la « conscience-noyau ».

Le « sentiment de sentiment »

La troisième étape est l'avènement de la « conscience-noyau » à laquelle est lié le « sentiment de sentiment ». Il s'agit d'une conscience non encore consciente, caractérisée par la temporalité primaire, uniquement au présent, le passé étant réactualisé au travers du phénomène perceptivo-sensori-moteur du moment présent. C'est par la production de cette conscience primitive que le « sens de l'agentivité » advient, par lui, le sujet possède le sentiment que les images produites par sa psyché sont bien à lui (Damasio, 1999, p. 237).

À la différence du « sentiment d'émotion » relevant du non conscient (du clivé), le « sentiment de sentiment » pourrait correspondre à l'ordre des représentations refoulées. J'ai proposé d'établir une correspondance entre le « sentiment de sentiment » et l'« affect » psychanalytique, tel qu'il est explicité par A. Green (Infurchia, 2014, p. 122).

Discussion psychanalyse/neurosciences

A. Green écrit que l'affect peut être distribué en deux catégories : l'une lui confère la valeur de signal, il est alors intégré dans la chaîne des représentations, l'autre le situe comme facteur possible de désorganisation traumatique. Cette distinction dans les modes de répercussion de l'affect correspond aux deux formes de l'angoisse élaborées par Freud, l'« angoisse-signal » et l'« angoisse-débordement » (Green, 1995, p. 92). Le premier aspect est organisateur de l'être, l'affect comporte récit et sens, alors que l'autre met en péril l'organisation somatique et narcissique. La valeur narrative conférée par A. Green à l'affect à tant que processus abouti est un élément qui caractérise le « sentiment de sentiment » d'A. Damasio. Dans ce registre, les images formées comportent un degré suffisant de sens. Le « proto-Soi » (« état d'émotion et sentiment d'émotion ») est désormais un « soi » dans le « savoir » qu'il est éprouvé par une émotion ressentie, et dont il « connaît » la cause.

Au stade de la « conscience-noyau », l'émotion est un récit « non verbal » en images, une scène sur laquelle se produisent, en relation, deux protagonistes différenciés. La nature de cette relation est revêtue d'une émotion qualifiée, c'est-à-dire, un affect ou encore un « sentiment de sentiment », une représentation qui relève d'une « carte neuronale de second ordre » (Damasio, 1999, pp. 230–236). Les théories d'A. Damasio sont insistantes : toute rencontre avec l'objet provoque une « réaction émotionnelle » « obligée » chez le sujet (corps/cerveau) par l'incidence des phénomènes homéostatiques (Damasio, 1999, p. 439). Dans le lexique d'A. Damasio l'« objet » est « émotionnel » et « causal » ; sa caractéristique est d'être un « objet à connaître » car nous sommes « voués à connaître » du fait même des systèmes représentatifs de la « conscience-noyau » (Damasio, 1999, pp. 355–357). En tant que le « récit non verbal » raconte « ce qui arrive » à l'organisme dans une séquence spatio-temporelle (Damasio, 1999, pp. 244–245), il est fondamental pour la construction des processus de pensée et de manière corrélatrice pour la production des souvenirs de la « conscience-étendue », lorsque les régions cérébrales nécessaires à cette production seront arrivées à maturité (cortex préfrontal, hippocampe).

L'« organisme » s'étant développé jusqu'à la « conscience-noyau » prend valeur d'un « méta-moi » (Damasio, 1999, pp. 304–305), la source du futur « je » ou « moi » (Damasio, 1999, p. 241) de la « conscience-étendue ». Un équivalent de la « conscience-noyau » figure dans les théories de G. Edelman sous le concept de « conscience primaire ». À ce stade de développement, cet auteur

fait état de la naissance du « soi », un « embryon » moi/non-moi : « un modèle de l'interaction moi/non-moi émerge avant que n'apparaisse un vrai langage parlé » (1992, p. 193).

Le « secret de fabrication » de la « conscience-noyau » pourrait résider dans « le déroulement d'une relation entre n'importe quel objet et l'organisme » et se faire « sentiment de sentiment » (Damasio, 1999, p. 398). Ou encore, cette dernière étape est « un état de sentiment rendu conscient, c'est-à-dire dont l'organisme qui a simultanément émotion et sentiment prend connaissance. » (Damasio, 1999, p. 53) Il s'agit du « sentiment de sentiment », celui-ci est désormais empreint de savoir. Ne parle-t-on pas de l'inconscient refoulé comme relevant d'un savoir inconscient ? L'expression « sentiment de sentiment » fait penser à celle de D. W. Winnicott, le « sentiment d'existence », c'est-à-dire le narcissisme dont la continuité est assurée par les soins d'une mère suffisamment attentionnée aux besoins psychoaffectifs de son enfant. D.W. Winnicott écrit, si la « préoccupation maternelle primaire » vient à manquer, l'enfant est dans le risque de la psychose et ce risque comporte pour lui « une menace d'annihilation du self » (Winnicott, 1956, p. 172), il est menacé dans sa capacité de « vivre en propre des sensations particulières à cette période primitive de sa vie. » (Winnicott, 1956). On pense au déni de perception dont parle M. Malher.

Le « récit non verbal » comporte une réflexivité primaire : « Oui, c'est bien moi, en train de voir, d'entendre ou de toucher » (Damasio, 1999, p. 224). Il y a idée d'une « auto-information » et d'une « appropriation subjective », des éléments théorisés par R. Roussillon, l'appareil psychique est un « appareil auto » (1995, pp. 1470–1479). La psyché a besoin de s'auto-informer sur la manière dont elle est affectée par la pulsion, la psyché se réfléchit elle-même, ce processus passe par la perception nécessaire « pour toute prise de conscience et tout travail de subjectivation » (Roussillon, 1995, p. 1472).

Les émotions, qu'elles soient d'« arrière-plan » (tension, calme, etc.), « primaires » (bonheur, tristesse, peur, colère, surprise, dégoût) ou secondaires (honte, jalousie, culpabilité, mépris) ont besoin de la « conscience-noyau » pour se faire connaître en tant que sentiments (Damasio, 1999, pp. 93–96). Selon J. LeDoux, P. Ekman dans la lignée de Darwin, détermine les six « émotions primaires », elles sont innées, traduites par des « expressions universelles (...) (des) mouvements musculaires de la face dans toutes les cultures » (2005, pp. 108–113 et p. 116). Elles apparaissent très tôt dans le développement, pendant les six premiers mois de l'existence (Carton, 2006, p. 130). Une concordance entre diverses études en provenance des post-piagétiens (Lecuyer, 2001), mais aussi Spitz (1968), Gergely, Koos, Watson (2002), Rochat (2003), Marcelli (1986), laisserait à penser que l'émergence de la « conscience-noyau » se situerait entre 2 et 3 mois.

Pour les émotions secondaires ou sociales, A. Damasio écrit : « les nouveau-nés n'ont pas honte ni ne se sentent coupables, alors que les enfants de deux ans, si » (1999, p. 431). Le sentiment de ces émotions proviendrait du développement et de la culture sur des dispositifs préprogrammés (Damasio, 1999, p. 79). L'auteur suggère un système d'emboîtement, les émotions primaires étant des composants des émotions secondaires. Est donné l'exemple du mépris dont l'expression du visage traduit le dégoût ; le dégoût étant le produit d'une évolution de l'espèce, « le rejet automatique et avantageux de nourritures potentiellement toxiques » (2003, p. 50).

Pour J. LeDoux, les maladies mentales relèvent d'émotions pathologiques, les « troubles de l'anxiété », elles émanent d'« un conditionnement de la peur assuré par l'amygdale » (Ledoux, 2005, p. 231). L'auteur effectue cependant une distinction, les troubles névrotiques et psychotiques ne peuvent être traités de manière équivalente (Ledoux, 2005, p. 224). Pour D. Widlöcher « l'anxiété peut être décrite comme l'échec de l'adaptation émotionnelle, autrement

dit, un plan d'action est interrompu, et un autre ne peut pas se mettre en place » (Widlöcher, 1999, p. 195). Cette situation adviendrait par l'échec du temps premier qui consiste à mettre du sens sur l'évènement en cours, dès lors, le sujet est privé d'une réorganisation pragmatique ; dans les cas extrêmes, des vécus de dépersonnalisation peuvent apparaître (Widlöcher, 1999, pp. 196–197).

Que retenir de cette confrontation pluridisciplinaire ? L'émotion que l'on peut concevoir, à l'instar de la pulsion, comme un concept limite entre soma et psyché, peut être vouée à différents destins. Au principe de l'homéostasie, elle provoque une réorganisation neurobiologique à des fins d'équilibre à trouver entre plaisir et déplaisir. Le processus émotionnel se déploie du corps vers la psyché dans les conditions de l'émotion neurobiologique (« état d'émotion ») qui trouve à être re-représentée au plan mental (« sentiment d'émotion ») par le retour au cerveau des signaux corporels ; ensuite, la construction de la narrativité à l'âge précoce, sous réserve de l'existence d'un « environnement facilitateur », permet que l'émotion mentalisée, s'inscrive dans l'histoire du sujet au plan symbolique, (« sentiment de sentiment »). L'émotion dans les théories de Damasio apparaît comme étant le noyau de l'affect ; l'affect avec sa composante narrative est vecteur de la construction spatio-temporelle. La clinique montre que toutes les expériences précoces (« états d'émotion ») ne deviennent pas des objets mentalisés (« sentiment d'émotion ») susceptibles d'être repris dans un travail de symbolisation primaire (« sentiment de sentiment »). Ces éléments font supposer que dans les circonstances d'un traumatisme survenu à l'âge précoce, les processus émotionnels se trouvent invalidés, demeurent en stase et font le lit, dans l'évolution du sujet, de troubles plus ou moins délétères. Dès lors, l'émotion peut se figurer comme en germes, sous forme par exemple de manifestations végétatives, non nécessairement perceptibles, ou de réflexes à traduire comme l'ébauche de comportements, ou encore sous forme d'invasivité hallucinatoire. Est perçue l'idée générale que le non-aboutissement du processus émotionnel peut engendrer des troubles somatiques et/ou psychiques. A. Damasio, J. LeDoux situent la psychopathologie du côté d'un dysfonctionnement émotionnel. Le propos de D. Widlöcher va également dans ce sens.

De façon innée, les processus cérébraux sont voués à la représentation symbolique, (« voués à connaître »), dans les conditions d'un environnement qui en soutiennent le déploiement. L'émergence de la conscience, phénomène abouti du processus émotionnel est également, pour A. Damasio, une condition d'adaptation et de survie. Ce qui lie le corps à la psyché est l'affect, mais on peut dire qu'il n'y a pas de véritable affect sans émotion qui n'ait été appropriée et intégrée par le sujet.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- Bion, W. R. (1962/1991). *Aux sources de l'expérience*. Paris: PUF.
- Carton, S. (2006). La répression émotionnelle et son rôle en psychopathologie. *Psychologie française*, 51, 123–139.
- Carton, S. (2011). Silence des émotions, silence des affects dans les dépressions. In S. Carton, C. Chabert, & M. Corcos (Eds.), *Le silence des émotions : clinique psychanalytique des états vides d'affects* (pp. 9–76). Paris: Dunod.
- Damasio, A. (1994/1995). *L'erreur de Descartes*. Paris: Éditions Odile Jacob.
- Damasio, A. (1999/2002). *Le sentiment même de soi*. Paris: Éditions Odile Jacob.
- Damasio, A. (2003). *Spinoza avait raison, joie et tristesse, le cerveau des émotions*. Paris: Éditions Odile Jacob.
- Despinoy, M., & Pinol-Douriez, M. (2002). Sensations et perceptions dans la clinique psychanalytique. In *Clinique psychanalytique de la sensorialité* (pp. 5–26). Paris: Dunod.
- Edelman, G. M. (1992/2000). *Biologie de la conscience*. Paris: Éditions Odile Jacob.
- Edelman, G. M. (2004). *Plus vaste que le ciel*. Paris: Éditions Odile Jacob.
- Freud, S. (1895/1992). Obsessions et phobies. In *Névrose, psychose et perversion*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Freud, S. (1915/1968). L'inconscient. In *Métapsychologie*. Paris: Gallimard.
- Freud, S. (1916/1969). L'angoisse. In *L'introduction à la psychanalyse*. Paris: Petite Bibliothèque Payot.
- Freud, S. (1923/1987). Le moi et le ça. In *Essais de psychanalyse*. Paris: Prismes Payot.
- Freud, S. (1932/1981). Les diverses instances de la personnalité psychique. In *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*. Paris: Gallimard, Idées/Gallimard.
- Gergely, G., Koos, O., & Watson, J. S. (2002). Perception causale et rôle des comportements imitatifs des parents dans le développement socio-émotionnel précoce. In J. Nadel & J. Decety (Eds.), *Imiter pour découvrir l'humain* (pp. 59–81). Paris: Presses Universitaires de France.
- Green, A. (1995). *Propédeutique. La métapsychologie revisitée*. Seyssel: Édition Champ Vallon, Collection L'or d'Atalante.
- Green, A. (1999). Sur la discrimination et l'indiscrimination affect-représentation. *Revue Française de Psychanalyse*, LXIII(1), 217–271.
- Golse, B. (2002). Des émotions à la lutte contre les émotions : souffrance et psychopathologie périnatale. In *Vie émotionnelle et souffrance du bébé* (pp. 23–34). Paris: Dunod.
- Infurchia, C. (2014). *La mémoire entre neurosciences et psychanalyse, au cœur du souvenir*. Toulouse: Éditions Erès col La vie de l'enfant.
- Kandel, E. R. (1998). La biologie et le futur de la psychanalyse : un nouveau cadre conceptuel de travail pour une psychiatrie revisitée. *L'évolution psychiatrique*, 67(1), 40–82.
- Lecuyer, R. (2001). Rien n'est jamais acquis. Ou de la permanence de l'objet. De polémiques. *Enfance*, 53(1), 35–65.
- Ledoux, J. (2005). *Le cerveau des émotions*. Paris: Éditions Odile Jacob.
- Mahler, M. (1968/1973). *Psychose infantile*. Paris: Éditions Petite Bibliothèque Payot.
- Marcelli, D. (1986). L'absence dans les relations d'objet précoce. In *Position autistique et naissance de la psyché*. Paris: PUF, Monographie de la psychiatrie de l'enfant.
- Rochat, P. (2003). Conscience de soi et des autres au début de la vie. In *Enfance* (55, pp. 39–47). Paris: PUF.
- Roussillon, R. (1995). La métapsychologie des processus et la transitionnalité. *Revue Française de Psychanalyse*, 5, 1375–1519.
- Roussillon, R. (2007). La représentation et l'actualisation pulsionnelle. *Revue française de psychanalyse*, 71(2), 359–367.
- Spitz, R. (1968/1976). *De la naissance à la parole, la première année de la vie*. Paris: PUF.
- Stern, D. (1989/1999). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris: PUF, Le fil rouge.
- Stern, D. (2003). *Le moment présent en psychothérapie*. Paris: Éditions Odile Jacob.
- Widlöcher, D. (1999). Neurobiologie, cognitivisme et psychanalyse. In F. J. Cohen-Solal & B. Golse (Eds.), *Au début de la vie psychique, le développement du petit enfant* (pp. 189–202). Paris: Éditions Odile Jacob.
- Winnicott, W. R. (1952/1969). Psychose et soins maternels. In *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 98–108). Paris: Petite Bibliothèque Payot.
- Winnicott, D. W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. In *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 168–174). Paris: Petite Bibliothèque Payot.
- Winnicott, W. R. (1989/2000). La crainte de l'effondrement. In *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques* (pp. 205–216). Paris: Éditions Gallimard.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


Débat

Au commencement était l'acte. Commentaire de l'article de Claudia Infurchia « Au cœur de l'affect, le 'récit non verbal' »



In the beginning was the Act. Commentary on Claudia Infurchia "Au cœur de l'affect, le 'récit non verbal' "

A. Bazan

Service de psychologie clinique et différentielle, université Libre de Bruxelles (ULB), centre de recherche en psychologie clinique, psychopathologie et psychosomatique, avenue Franklin Roosevelt 50, 1050 Bruxelles, Belgique

Claudia Infurchia propose un panorama complet, détaillé et recoupé d'une approche de la psyché assez largement partagée dans le domaine de la neuropsychanalyse et que je me permets de résumer ainsi : en partant de la sensation et de l'affect, et en cheminant progressivement de façon *bottom up* l'on aboutit sur du mental dans une variété de formes. Il s'agit d'une approche développementaliste et constructiviste de la psyché. L'exercice est bien fait et l'auteure est rigoureuse et consciencieuse par rapport aux divers auteurs auxquels elle est redevable dans l'élaboration de sa pensée. Je me permets de résumer mon désaccord tant sur les idées que sur leur épistémologie en quelques points.

Le sujet ne peut être d'abord réceptif passif de son corps et du monde, il ne peut être que le résultat de son action

L'idée d'un cheminement *bottom up* implicitement « naturel », voire même d'un sujet d'abord essentiellement récepteur passif, transparaît dans des phrases telles que « l' 'activité de connaissance' débouche sur une transformation » (p. 3), « l'expérience émotionnelle (...) conduit à une 'prise de conscience' » (p. 3), « l'organisme est éprouvé par un 'état d'émotion' » (p. 5), « des images sensorielles partielles se forment » (p. 5), « le sujet est saisi par un 'sentiment d'émotion' » (p. 6), « nous sommes 'voués à connaître' » (p. 12), « Le processus émotionnel (...) se déploie du corps vers la psyché dans les conditions de l'émotion neurobiologique (...) qui trouve à être re-représentée au plan mental » (p. 14). En contraste avec cette position, j'aimerais proposer, en accord avec Freud (1895 : 349–359) que ne peut devenir mental que ce qui vient en retour d'une action du sujet dans le monde : « le penser qui reconnaît ou celle qui juge cherche une identité avec un investissement du corps [...]. En ce qui concerne le juger, il est encore à remarquer que son fondement est manifestement la présence d'expériences propres du corps, de sensations et d'images de mouvement de soi-même. Tant que celles-ci font défaut, la part

variable du complexe de perception demeure incomprise ». Dans cette perspective, l'action est première et non la sensation. Dans son papier de 1994, le neuroscientifique Marc Jeannerod renverse le paradigme de la représentation : alors que les décennies 1970 et 1980 et en grande partie 1990, sont marquées par la fascination du modèle perceptuel de la représentation, en particulier dans le sillage des prix Nobels de Hubel et Wiesel en 1981 pour la neurophysiologie de la vision, Jeannerod (1994, p. 201) montre que la nature de la représentation est motrice : nous activons les neurones de l'état du corps désiré et gardons ces neurones activés, jusqu'à ce que cet état du corps-là soit atteint ; si le but n'est pas atteint, ajoute-t-il, « la décharge entretenue serait interprétée centralement comme une activité représentationnelle pure et donnerait lieu à une imagerie mentale ». La représentation, nous dit Jeannerod, en accord avec Freud (1911)¹, ne peut être que le reste non déchargé de l'action. En d'autres termes encore, c'est l'action qui est représentée et non « le monde ».

Si donc « la constitution des images mentales provient du traitement sensori-moteur » (p. 5), il s'agit bien du traitement sensori-moteur des effets des actions du sujet dans le monde, c'est-à-dire que c'est l'intentionnalité qui rend compte du sujet et non les cortex sensoriels. Ceux-ci ne sont pas le « lieu de fabrication des images mentales » ou résiderait « pour ainsi dire notre identité » (p. 5), mais si un lieu devrait être indiqué il serait, en accord avec Freud, Jeannerod et d'autres, du côté du pôle moteur et non des cortex sensoriels. La sensation est d'abord la sensation du corps propre du fait de l'action du sujet et des changements induits dans le corps par l'action. Un cas clinique illustre le fait qu'un stimulus externe n'est pas requis pour induire une activité sensorielle : McGonigle et al. (2002) décrivent le cas d'une patiente avec une lésion mésorbitale, qui atteint probablement le lieu où l'état d'intentionnalité avec l'état réel du corps sont comparés. Cet endroit « comparateur » étant défectueux, il ne peut mettre en rapport l'information du bras effectivement bougé avec son

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.inan.2016.12.002>

Adresse e-mail : Ariane.Bazan@ulb.ac.be

¹ Voir le concept de pensée comme « une activité d'épreuve » ; dans la traduction en Anglais « *It [thought] is essentially an experimental kind of acting* ».

intention de le bouger. Les auteurs montrent que la simple intentionnalité investie dans le bras – l'engagement pulsionnel brut, pourrions-nous dire – allume un cortex moteur (l'aire motrice supplémentaire) et « cette activité dans les régions motrices du cerveau pourrait suffire pour causer des perceptions somatiques fantômes » (extrait de la couverture du numéro de *Brain*). Fait intéressant, le cas théorique de Jeannerod se confirme : cette dame, ne pouvant pas relier vers le central que l'intentionnalité a été comblée, soutient l'activation des neurones codant pour l'emplacemement désiré du bras en fin de mouvement, ce qui aboutit sur le vécu représentationnel d'un troisième bras supplémentaire transitoire, un bras fantôme. Les représentations ne sont pas représentations passives du monde, mais bien effet de l'action du sujet dans le monde. De façon similaire, les stimuli de source externe ne peuvent avoir un effet mental que pour autant que l'organisme désire et essaye de les attraper, pour autant qu'il est équipé pour les « attraper » et par la façon dont il les attrape : les stimuli externes n'existent en tant qu'objets (ou « monde ») pour le sujet, que pour autant qu'ils peuvent être objet de sa pulsion, soit de son désir (qui est le dérivé de la pulsion).

Un réceptif passif ne devient jamais sujet, même pas par construction et complexification

L'idée d'une évolution du « proto-soi » à la « conscience-noyau » à un « méta-moi » à la « conscience étendue » de Damasio (1999/2002) se déroulant en étapes développementales est une idée d'abord (neuro-) biologique à la lumière de la différenciation des plantes et des embryons. Preuve de l'absence de toute valeur ajoutée de cette terminologie, est que depuis qu'il l'a introduite dans *The feeling of what happens*, personne ne la reprend ni dans un contexte clinique ni dans un contexte neuroscientifique (au contraire de son idée sur l'importance du rôle de l'émotion pour la raison et la décision, et au contraire de sa terminologie des « marqueurs somatiques » de *L'erreur de Descartes*). Même ceux qui ont envie de citer Damasio sur cette séquence « développementale » doivent à chaque fois retourner au livre pour bien reprendre les termes, tellement ils « collent » peu à l'esprit, c'est-à-dire, tellement ils manquent tant de pouvoir évocateur que d'effet heuristique, de révélateur d'une évolution qui ferait sens avec quelque empirie que ce soit, qu'elle soit clinique ou neurophysiologique. D'abord – tout « bêtement » j'ai envie de dire – au niveau des mammifères, l'éthologie nous apprend le rôle constitutif de l'appel de l'autre pour l'émergence du mental. Il n'y a aucun déroulement, même passif, des « étapes » si l'autre proche n'appelle le sujet-en-devenir à sa condition – qu'elle soit animale (mammifère) ou humaine – l'invite par sa préoccupation, sa présence manifeste et interpellante. Le rôle décisif de cet appel n'est pas posé dans ce texte. Qui plus est, au niveau de la condition humaine, la clinique nous apprend la radicale singularité des parcours, menant à l'impossibilité d'une mise en normes ou en étapes d'un « développement ». Maintenant, je suis d'accord de mitiger cet argument car si les parcours sont radicalement singuliers, il nous incombe néanmoins d'essayer de penser les logiques universelles qui les sous-tendent. Cependant, il s'agit alors de penser la différence entre une logique et une étape, ce qui n'est pas évident.

Finalement – et ceci est plutôt typique d'une réflexion qui vient parfois d'un neuroscientifique – ce qui est absent de ce déploiement en étapes est le rôle constitutif des interdictions et des tabous civilisateurs pour le devenir humain spécifiquement et qui interviennent de façon radicalement externe de toute biologie. La réflexion proposée par un autre neuroscientifique, qui a toute mon admiration, Jaak Panksepp, va dans le même sens : le développement humain est pensé comme un développement de

mammifère, avec tout l'accent mis sur l'attachement et l'empathie. En Néerlandais mammifère se dit *zoogdier*, l'animal qui allaite : la condition humaine est pensée comme une condition maternante, la pathologie comme un déficit d'empathie, l'étiologie comme un souci d'attachement. Or, la condition humaine n'est pas la condition mammifère. L'humain, dans sa condition, est aussi confronté à d'autres types de défis que le mammifère. Il y a lieu ici d'un développement plus long, mais pour illustrer brièvement mon propos, prenons simplement la donnée, inédite pour le genre animal, que l'enfant humain reste dans le groupe familial pendant près de dix ans après qu'il soit devenu apte à la procréation, sexuellement mature. Comment faisons-nous pour ne pas avoir systématiquement de rapports sexuels en famille ? Que cette question ne vienne pas nécessairement à l'esprit dans une tradition neuroscientifique, transparait dans l'assertion déroutante d'un neuroscientifique de renom dans un congrès de neuropsychanalyse : « Les enfants doivent dormir avec les parents le plus longtemps possible ». Or, si nous sommes cliniciens, il nous incombe de faire honneur à notre savoir clinique, de représenter, d'introduire la spécificité humaine dans le débat. L'humain tient sa condition non seulement à la biologie mais aussi à l'histoire, aux acquis de la civilisation, qui sont d'abord représentés par les tabous civilisateurs. L'humain tient sa condition à la possibilité d'inhiber son action non simplement par principe de réalité, mais par soumission à un arbitraire imposé par la civilisation. Il n'est d'aucune valeur évolutionnaire de s'abstenir de manger de la viande de lapin ou de mouton (si tel est son totem, par exemple), mais en même temps, sans cette capacité à se soumettre, sans ce type de soumission « arbitraire », il n'est pas non plus d'accès à la condition humaine : la condition humaine n'est pas que dictée par la biologie. Le façonnage de la biologie de l'humain se fait aussi par logique de civilisation, les simples logiques biologiques n'aboutissent pas sur cette condition qui est la notre : les processus en jeu ne se déploient pas que « du corps vers la psyché » (p. 14), mais aussi de la psyché vers le corps. Je propose qu'en tant que psychanalystes ou que cliniciens nous ne soumettions pas notre savoir clinique en ce qui concerne la condition humaine à une normalisation ou à une mise en schémas à partir de la biologie. Si nous avons une expertise, c'est peut être là. Si nous sommes prêts à la jeter par dessus bord pour nous aligner à des élaborations pour lesquelles les neuroscientifiques ne sont pas experts, nous en perdrons tout notre intérêt pour le champ de la biologie, que je tiens à respecter, comme le faisaient aussi Freud et Lacan.

La pulsion et l'affect ou l'émotion ne s'équivalent pas : la pulsion se rapporte à l'événement, l'affect ou l'émotion se rapporte à une valence. La valence est toujours secondaire : ce qui forme la psyché est l'histoire qui est faite, d'abord, de façon non valencée, d'une contingence d'événements.

Il y a dans le texte un alignement entre pulsion et affect/émotion : « Si l'affect est lié à la théorie des pulsions c'est en tant qu'il est l'un des représentants de la pulsion » (p. 3), « une émotion que l'on peut concevoir, à l'instar de la pulsion, comme un concept limite entre soma et psyché » (p. 14). Infurchia sur ce point, est en très bonne compagnie, puisqu'elle traduit là les positions qui sont aussi celles de Mark Solms et de Jaak Panksepp et que Freud lui-même se débat sur ce terrain. J'aimerais néanmoins proposer quelques distinctions, qui, à mon avis, font sens :

- il y a confusion entre affect et plaisir. Infurchia cite Freud (1916, p. 387) : « Un état affectif comprend d'abord certaines innervations ou décharges, et ensuite certaines sensations. Celles-ci sont de deux sortes : perceptions des actions motrices accomplies et *sensations directes de plaisir et de déplaisir qui impriment à l'état affectif ce qu'on appelle le ton fondamental* » (p. 2). Revenons d'abord à la définition logique du plaisir

- freudien, c'est-à-dire la décharge de tension, alors que la tension est déplaisir : le plaisir Freudien n'est donc rien de plus qu'une diminution de déplaisir. En d'autres termes encore, le plaisir freudien n'est pas agrément mais soulagement. Je propose que le couple freudien plaisir/déplaisir se rapporte à l'état de tension du corps, c'est-à-dire, à la pulsion et non à l'affect ou à l'émotion ;
- le plaisir Freudien ne pourrait donc être pris pour un état affectif ou émotionnel tel que compris en neurosciences où ces états affectifs sont systématisés sur base du neurotransmetteur ou du système hormonal en jeu. Prenons en exemple le système opioïde : sa libération équivaut psychiquement à un vécu de l'ordre de l'agréable, du bonheur, voire de la béatitude. Il ne s'agit pas, à mon avis, du plaisir Freudien. Le plaisir Freudien peut ou non accompagner de façon indépendante l'agréement émotionnel, comme peut tout autant l'augmentation de tension, le déplaisir Freudien. Le neuroscientifique Kent Berridge de l'université du Michigan fait remarquer que ce circuit opioïde n'a pas de mémoire, pas de système d'inscription (Robinson & Berridge, 2000) : seul le circuit dopaminergique, le circuit pour la mise sous tension du corps (et que nous avons mis en parallèle à la pulsion, voire même à la jouissance ; Bazan & Detandt, 2013 ; Bazan, Detandt, & Askari, 2016), possède un système d'inscription en mémoire, notamment la *saillance incitative*, qui se traduit par des changements au niveau des structures cellulaires des neurones rendant la transmission synaptique plus efficace (Robinson & Berridge, 1993). Le *liking* Berridgien, qui implique l'activation opioïde, ne pourrait donc être l'équivalent logique du plaisir freudien, alors que le *wanting* Berridgien s'alignerait bien avec la pulsion. Le système pulsionnel et le couple de plaisir/déplaisir qui s'y rattache, forment l'organisation mentale de l'organisme (du mammifère) et non pas, tel est mon propos, les systèmes émotionnels qui n'ont, eux, pas de mémoire. L'événement ponctue alors que l'émotion passe : ceci serait ma proposition, qui va assez largement à l'encontre – j'en suis consciente – des idées partagées en ce moment dans la communauté scientifique.

L'expérience de l'allaitement

J'aimerais, pour finir, développer les logiques différentes affect-pulsion dans un exercice concret de réflexion : le premier allaitement du petit d'homme. Mettons que le nouveau-né ait faim et que cette faim (manque du corps interne) se traduit par une excitation centrale, qui cherche à se décharger (trop-plein du corps externe) : l'enfant décharge le trop-plein par le biais de tous les systèmes musculaires qui sont prêts à recevoir la charge et à l'amortir par leur exécution motrice. En d'autres termes, le bébé bouge tout ce qu'il peut bouger : il crie et il gigote. Un *Nebemensch* serviable passant par-là – une mère par exemple – interprète le cri, et met l'enfant à son sein. C'est là que notre séquence commence :

- le programme moteur de la succion étant mature, la succion est d'abord une décharge d'une tension dans les muscles de la bouche, c'est-à-dire le passage d'une préparation motrice à une exécution motrice effective, permettant par ce biais l'évacuation d'une partie de l'excitation investie dans la préparation. En ce sens, elle est (un peu de) plaisir ;
- le lait qui entre dans la bouche met en feu les récepteurs de sucre dans la bouche, et active le système opioïde qui mène à un vécu de bien-être, de bonheur. Comme indiqué, ceci ne serait cependant pas le plaisir Freudien. (Ce n'est pas au niveau des

récepteurs de sucre de la bouche que la satiété, qui pourrait amener une détente, est relevée² ;

- le bébé mis au sein la première fois suce pour décharger la tension de la succion, le bébé ne s'attend pas au lait. Le lait qui entre dans la bouche est une surprise, c'est un événement. C'est-à-dire que c'est la surprise qui crée l'événement : qu'on puisse par succion éliciter cet effet de feu d'artifice en bouche ! Cet événement, cette surprise suscite une décharge phasique de dopamine, un pic de dopamine (dans le noyau accumbens ; Schultz, 1998). Ce pic de dopamine inscrit alors l'état moteur du sujet proche de l'événement, comme un état moteur mémorable, ici la succion. Nous avons proposé précédemment qu'il s'agit alors non du plaisir, non du bien-être, mais de la jouissance. Freud (1920 : 307) déjà indiquait : « Toujours la nouveauté sera la condition de la jouissance » ;
- le système digestif est actif pendant la grossesse, le liquide amniotique circule librement, et le méconium que l'enfant fait parfois in utero en est un témoin. Mais il se peut que le premier lait qui passe par le tube digestif soit néanmoins aussi désagréable, voire légèrement douloureux, car contribuant à un déplissement définitif des plis de l'estomac, des intestins, etc. ? Si tel est le cas, là aussi, c'est la surprise, et de ce fait, il peut également y avoir une libération de dopamine (voir la revue de la littérature dans le cadre du trauma et des surprises désagréables, Bazan & Detandt, 2015) ;
- l'événement inscrit ainsi la succion dans la mémoire. La prochaine fois que bébé aura faim (état de tension ou de vœu) ou que le *Das Ding* s'annonce (la mère, le sein), la motricité de la succion sera mise sous grande tension, notamment la tension de la préparation motrice qui pousse à la décharge, c'est-à-dire, à l'exécution. Là, il y a deux cas de figures : si aucune succion ne peut se faire, la tension devient douleur ; mais si elle s'annonce comme à portée de bouche, la tension s'accumulant est annonciatrice d'une grande décharge, elle est jouissance. La décharge sera soulagement (donc, plaisir), qu'il y ait ou non, par ailleurs, un doux agrément du lait sucré.

La succion est inscrite comme l'acte moteur qui est prêt à se répéter du fait qu'elle a créé l'événement, la surprise, que cette surprise soit agréable ou douloureuse. Ceci semble logique quand il s'agit d'une surprise agréable, mais de façon contre-intuitive cette inscription est aussi raisonnable en cas d'événement douloureux. En effet, les premiers mouvements actifs du mammifère dans le monde sont probablement aussi désagréable, voire douloureux : la première respiration, par exemple, force mécaniquement l'ouverture des alvéoles des poumons. Il n'est pas exclu que les premiers déplissements des muscles, in utero ou après la naissance, aillent aussi de pair avec quelques pointes de douleur. Il est important de persévérer le mouvement dans le monde même quand les débuts sont chancelants et difficiles.

Mais également, plus tard dans la vie, quand il y a un trauma, la répétition n'est pas insensée. Par définition, il y a un trauma quand ce qui nous tombe dessus est insaisissable, quand il y a un excès d'excitation qui ne peut être déchargé par les voies canalisées de la motricité, et que donc cette excitation est effractante. L'idée que quand un événement traumatise, il y ait hypersensibilité du programme moteur proximal à l'événement par ce même mécanisme de saillance incitative peut avoir du sens. En effet, puisque ce qui fait trauma est, par définition, indéchargeable, toute décharge, même une décharge sans rapport à l'événement (par exemple, prier ou chanter en cas de tremblement de terre) est plus profitable à l'appareil mental que la sidération, que l'état figé. L'on voit donc ici à l'œuvre la logique qui mène à la compulsion de répétition.

L'idée que la valence oriente le comportement me semble être un des points de confusion des plus grands de la psychologie. Ce

² Le mécanisme de la satiété est complexe mais les données tendent à montrer que la seule activation des récepteurs de la bouche n'induit pas la libération des hormones de satiété (ex. Low, Lacy, & Keast, 2014).

qui forge l'appareil mental sont les événements et les affects ne sont jamais retenus directement. S'ils créent ou contribuent à créer la surprise, c'est la tension motrice du sujet proximal à cette surprise qui sera retenue – puisque ce n'est que ce circuit moteur qui est susceptible de saillance incitative. Pour autant qu'ils n'ont aucun effet surprenant, les affects coulent dans l'appareil psychique sans laisser de trace, ils passent comme le vent sur l'eau. J'aime citer à cet endroit l'écrivain Somerset Maugham (1927, 1969, p. 129) qui fait dire à l'un de ses personnages, *Duchesse* : « Comme si quelqu'un se souvient d'une émotion une fois qu'il ne la sent plus ! (...) J'ai été amoureuse des dizaines de fois, désespérément, et quand je m'en suis remise et que je regarde en arrière, même si je me souviens d'avoir été amoureuse, malgré tous mes efforts, je ne peux me souvenir de mon amour »³.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- Bazan, A., & Detandt, S. (2013). On the physiology of jouissance: Interpreting the mesolimbic dopaminergic reward functions from a psychoanalytic perspective. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 709. <http://dx.doi.org/10.3389/fnhum.2013.00709> <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fnhum.2013.00709/abstract> (consulté le 06/05/2015).
- Bazan, A., & Detandt, S. (2015). Trauma and jouissance, a neuropsychanalytic perspective. *Journal of the Centre for Freudian Analysis and Research (JCFAR)*, 26, 99–127.
- Bazan, A., Detandt, S., & Askari, S. (2016). Proposition pour une physiologie de la jouissance. *Évolution psychiatrique*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.evopsy.2015.06.002> Dans Science Direct depuis 11/10-2015 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014385515000717>.
- Damasio, A. (1999). *Le sentiment même de soi*. Paris: Éditions Poche Odile Jacob (2000).
- Freud, S. (1895). *Esquisse d'une psychologie scientifique*. trad. Anne Berman, dans *Naissance de la psychanalyse*. Paris: PUF (1956).
- Freud, S. (1911). Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques. In *Résultats, idées, problèmes, II*. Paris: Presses Universitaires de France (1984).
- Freud, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. In *Essais de psychanalyse*. Paris: Payot (1981).
- Jeannerod, M. (1994). The representing brain: Neural correlates of motor intention and imagery. *Behavioral and Brain Sciences*, 17(02), 187–202.
- Low, Y. Q., Lacy, K., & Keast, R. (2014). The role of sweet taste in satiation and satiety. *Nutrients*, 6(9), 3431–3450.
- Maugham, W. S. (1927). The constant wife. In *Three comedies: The circle, our betters, the constant wife*. Washington Square Press (1969).
- Maugham, W. S. (1969). *Three comedies: The circle, Our betters, The constant wife*. Washington Square Press.
- McGonigle, D. J., Hänninen, R., Salenius, S., Hari, R., Frackowiak, R. S. J., & Frith, C. D. (2002). Whose arm is it anyway? An fMRI case study of supernumerary phantom limb. *Brain*, 125, 1265–1274.
- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (1993). The neural basis of drug craving: An incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research Reviews*, 18(3), 247–291.
- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (2000). The psychology and neurobiology of addiction: An incentive-sensitization view. *Addiction*, 95(8s2), 91–117. <http://dx.doi.org/10.1080/09652140050111681>
- Schultz, W. (1998). Predictive reward signal of dopamine neurons. *Journal of Neurophysiology*, 80(1), 1–27.

³ Ma traduction de « As if anyone remembered an emotion when he no longer felt it! (...) I've been in love a dozen times, desperately, and when I've got over it and look back, though I remember I was in love, I can't for the life of me remember my love ».



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


Débat

Commentaire critique de l'article de Claudia Infurchia « Au cœur de l'affect, le 'récit non verbal' »



At the heart of the affect, "the non-verbal narrative"

C. Smadja

Institut de psychosomatique Pierre-Marty, 20, rue Bellier-Dedouvre, 75013 Paris, France

Le texte qui m'est donné ici à commenter pose un problème fondamental pour le psychanalyste que je suis. Car c'est bien de ce lieu singulier et spécifique que j'exposerai mes réflexions critiques à la lecture d'un texte dont la représentation/but est d'articuler le plus intimement possible deux ordres de données, les unes psychanalytiques et les autres neurobiologiques. L'auteur présente dans ce texte une réflexion personnelle sur l'articulation entre la psychanalyse et la neurobiologie à travers une tentative de traduction de phénomènes psychopathologiques ou de conceptions psychanalytiques dans le langage et les conceptions neurobiologiques. Il faut reconnaître à l'auteur une conviction certaine dans cette tentative de rapprochement et d'intrication des deux domaines conceptuels que sont la psychanalyse et la neurobiologie. Cependant, il est indispensable de préciser d'emblée la position épistémologique générale à partir de laquelle peut se discuter l'articulation entre psychanalyse et neurobiologie.

La position épistémologique

Pour un psychanalyste contemporain, les débats entre la psychanalyse et les sciences sont devenus tout aussi fréquents que familiers. Le plus souvent ces débats s'achèvent sans qu'aucune proposition ne trouve satisfaction tant au près des psychanalystes qu'auprès des scientifiques. Le plus souvent aussi sinon toujours ces débats sont biaisés par le fait que, en général, le présupposé implicite est de rabattre les données psychanalytiques vers les données neurobiologiques. Ce n'est jamais dans l'autre sens que la dynamique du débat se développe. Il faut alors rappeler quelques vérités élémentaires.

La psychanalyse est un domaine du savoir qui n'entre pas dans le cadre épistémologique des sciences, qu'il s'agisse des sciences dures ou des sciences humaines. Néanmoins, la psychanalyse s'est établie sur la base d'une méthodologie singulière et originale à partir de laquelle l'étude des phénomènes cliniques en psychopathologie a pu être étudiée d'une manière rigoureuse et d'où a émergé progressivement la construction de conceptions théoriques relatives à l'activité psychique et au fonctionnement mental.

Ainsi, tout comme dans les autres sciences, la psychanalyse s'est dotée d'une méthode spécifique à partir de laquelle elle a pu édifier des modèles théoriques aptes à laisser émerger des données cliniques, des concepts nouveaux et en définitive des conceptions nouvelles sur le fonctionnement mental. Cette première réflexion souligne l'importance de la méthode au commencement de toute recherche psychanalytique.

La méthode psychanalytique a été découverte par Freud et est issue historiquement de la méthode cathartique de Breuer. La méthode analytique a pour but de créer les conditions psychiques fastes pour la production de formations inconscientes. Ces formations inconscientes sont appelées par Freud idées incidentes. Celles-ci surgissent involontairement dès lors que le patient se soumet à une règle fondamentale, celle de dire tout ce qui lui vient à l'esprit sans aucune critique ni sélection de ses pensées ou affects. De son côté, le psychanalyste s'impose (Freud) « à ne vouloir porter son attention sur rien de particulier et à accorder à tout ce qui lui est donné d'entendre la même attention en égal suspens ». Telles sont les règles qui fondent le cadre analytique. Cette méthodologie singulière est fondée sur le processus d'association tant du patient que de l'analyste qui l'écoute. Elle permet le surgissement de processus inconscients chez le patient qui sont ainsi offerts à l'art d'interprétation de l'analyste dont l'objectif est de les rendre conscients. La méthodologie analytique n'aboutit pas simplement à la production d'idées incidentes mais elle est aussi à l'origine de la production de manifestations de transfert du patient vers l'analyste. Ces manifestations transférentielles sont des expressions inconscientes du patient qui répètent involontairement des positions affectives infantiles projetées sur l'analyste. Ainsi, grâce aux idées incidentes et aux expressions transférentielles, le travail d'interprétation de l'analyste peut s'exercer dans les meilleures conditions et conduire à la levée des refoulements ou/et au surmontement des résistances psychiques. Telles sont les conditions créées par la méthodologie psychanalytique et qui amènent à la transformation de processus inconscients en processus conscients.

Une deuxième réflexion touche aux relations entre le corps et la psyché. Il est une autre vérité élémentaire, celle de la naissance de l'appareil psychique à partir de l'activité cérébrale. Edelman a défini l'activité psychique comme ayant émergé à partir d'un certain niveau de complexité du cerveau au cours de l'évolution.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.inan.2016.12.002>

Adresse e-mail : claudesmadja@asm13.org

<http://dx.doi.org/10.1016/j.inan.2016.12.004>

2542-3606/© 2017 Association In Analysis. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Ces liens intimes et historiques entre l'activité psychique et l'activité cérébrale et somatique doivent cependant être complexifiés si nous ne voulons pas basculer dans un réductionnisme naïf. En effet, tout au long du développement historique, aussi bien ontogénétique que phylogénétique, l'activité psychique s'est progressivement différenciée de ses fondements somatiques et a abouti à un ensemble fonctionnel obéissant à ses propres lois et à sa propre logique. En même temps, le fonctionnement mental a conservé, à l'état d'achèvement, toutes les traces de sa filiation avec le fonctionnement somatique d'où il a émergé. La clinique psychosomatique d'ailleurs permet de montrer avec une certaine pertinence comment le fonctionnement psychique, dans des états de régression plus ou moins profonde, peut aboutir à des processus de somatisation.

J'en viens maintenant à la définition de la position épistémologique qui me paraît correspondre le mieux à celle que doit tenir, selon moi, la psychanalyse par rapport aux sciences.

Si la psychanalyse se développe à partir de modèles théoriques établis sur la base d'une méthode spécifique, alors il n'est pas possible d'en interpréter les matériaux cliniques à partir d'autres modèles que ceux de la psychanalyse, hétérogènes à eux, et développés à partir d'autres méthodes. Autrement dit, et du point de vue heuristique, je pense que la frontière est infranchissable entre les données de la psychanalyse et leurs éventuelles interprétations selon des modèles scientifiques. Cette affirmation étant posée, les comparaisons et les analogies entre les phénomènes psychanalytiques et celles issues de la neurobiologie sont bien entendus non seulement possibles mais aussi et souvent significatives. Elles peuvent être sources de créativité pour un psychanalyste mais elles doivent être traduites dans le langage conceptuel qui est celui de la psychanalyse. Je rappelle ici la position de Claude Bernard et de beaucoup d'autres biologistes qui ont défendu la spécificité des sciences du vivant par rapport aux sciences physicochimiques. Pour Claude Bernard, en effet si la biologie repose sur les processus physicochimiques elle ne peut, en retour, se réduire à eux. Nous pouvons alors étendre avec pertinence je pense cette affirmation de Claude Bernard aux rapports entre la psychanalyse et la neurobiologie. Ainsi, si le fonctionnement mental repose sur l'activité cérébrale somatique il ne peut en retour se réduire à lui.

Revenons au texte. L'auteur y développe une thèse sur l'affect en tentant d'articuler les données psychanalytiques avec celles développées dans le domaine de la neurobiologie par Damasio. Le développement de l'auteur repose sur deux séries d'arguments. Les premiers sont d'ordre analogique et comparatif ; les seconds sont d'ordre interprétatif à partir de matériaux psychopathologiques.

L'auteur propose toute une série de comparaisons entre les conceptions psychanalytiques de l'affect et celles développées par Damasio dans le domaine neurobiologique au sujet de l'émotion. Ces comparaisons et ces analogies entre des concepts appartenant à des champs différents et hétérogènes l'un à l'autre sont, de toute évidence, riches d'un potentiel d'évocation et de créativité pour un psychanalyste. Néanmoins, les analogies ne sont pas des identités et, comme on le dit, comparaison n'est pas raison.

En accord avec l'auteur, je pense que la conception neurobiologique qu'a développée Damasio de l'affect est particulièrement intéressante par les nombreux points de concordance avec la conception psychanalytique de l'affect et particulièrement celle de Freud. Damasio établit une hiérarchie dans la trajectoire de l'affect en situant un premier niveau d'ordre corporel ou somatique qu'il appelle l'émotion et un second niveau d'ordre mental qu'il appelle sentiment. On retrouve l'idée d'une trajectoire somato-psychique dans la conception freudienne de l'affect dont la nature est directement issue du trajet de la pulsion dont la source est somatique et dont l'aboutissement est psychique. De ce point de vue, il est intéressant de noter que, pour Damasio, si tout sentiment

comporte un fondement émotionnel d'ordre corporel, à l'inverse, toute émotion ne comporte pas nécessairement son aboutissement sous la forme d'un sentiment d'ordre mental. La différenciation qu'a établie Freud entre les névroses actuelles et les psychonévroses de défense recoupe la conception de Damasio dans la mesure où, pour Freud, si toute névrose de défense repose sur un socle de névrose actuelle, à l'inverse toute névrose actuelle n'est pas nécessairement prolongée par une super-structure névrotique de défense. Mais ici s'arrête la comparaison. Car si pour Damasio le trajet de l'émotion vers le sentiment repose sur toute une série de connexions entre aires cérébrales, pour la psychanalyse, le trajet de l'affect, en tant que représentant de la pulsion, repose sur des conditions métapsychologiques précises impliquant à la fois une topique, une dynamique et une économie de la pulsion. Nous sommes là en présence de deux logiques hétérogènes qui ne peuvent se marier car elles reposent sur des méthodologies foncièrement hétérogènes.

Une deuxième observation qui rend crédible la conception neurobiologique de Damasio au sujet de l'affect avec celle de la psychanalyse concerne la liaison entre l'affect et la représentation. Pour Damasio, la liaison de l'affect à l'objet détermine sa qualité mentale en tant que sentiment et rend compte du rôle fondateur de l'affect dans le développement de la pensée. Pour Freud, la dynamique de l'affect se déploie tout au long de mouvements de jonction et de disjonction entre la composante affect et la composante représentation de la pulsion.

Green a clarifié la théorie de la représentation en postulant que les deux produits de la pulsion que sont l'affect et la représentation naissent d'une cellule primordiale constituée du représentant psychique de la pulsion et de la représentation d'objet. De cette cellule primordiale vont naître les deux composantes sous la forme du quantum d'affect et du représentant représentation. La trajectoire de ces deux composantes va donner naissance aux complexes affect-représentation et à la pensée. Si la comparaison est, là encore, valide, entre la conception de Damasio et celle de la psychanalyse, elle ne peut aller plus loin. Car pour Damasio toutes les trajectoires entre affect et objet sont sous-tendues par les connexions complexes entre aires cérébrales et validées par l'imagerie cérébrale tandis que pour la psychanalyse toutes les conjonctures de liaison ou de déliaison entre l'affect et la représentation sont liées à la dynamique mentale, aux conditions économiques et aux mécanismes de défense du Moi. Là encore, nous sommes en présence de deux domaines hétérogènes, celui de la métapsychologie et celui de la neurobiologie qui travaillent avec des concepts et des méthodologies hétérogènes l'une à l'autre.

Si l'argument analogique est recevable mais comporte, comme nous venons de le voir, des limites dans son utilisation, l'argument interprétatif est, selon moi, irrecevable, du point de vue épistémologique, s'il consiste dans l'interprétation d'un matériau psychanalytique à partir d'une logique neurobiologique. Ici, la frontière est infranchissable du point de vue méthodologique. Et c'est pourtant cette frontière qui a été franchie par l'auteur dans l'interprétation des quelques illustrations cliniques qu'il apporte dans son texte. Ces illustrations cliniques tendent à montrer, dans le discours des patients, des affects isolés voire orphelins de leurs représentations ou associations mentales. Bien que ces quelques vignettes cliniques manquent d'informations sur l'histoire des patients qui nous permettraient de comprendre le contexte à la fois historique et actuel de l'état psychique de ces patients, l'auteur se livre de façon précipitée, selon moi, dans une interprétation neurobiologique d'un processus psychique. Il serait, à mon avis, plus heuristique d'étudier les raisons métapsychologiques d'une telle disjonction de l'affect à partir du cadre établie par la psychanalyse et des mouvements de répétition dans le transfert.

De cette façon, l'isolement affectif mis en évidence par l'auteur pourrait trouver une interprétation cohérente avec le dispositif de

recherche mis en place et heuristique du point de vue épistémologique.

Les critiques que je viens d'exposer au sujet du texte qui m'a été demandé de commenter sont issues de ma position de psychanalyste et de rien d'autre. Je pense au contraire qu'un travail de recherche en psychologie peut s'accommoder d'une articulation plus nourrie entre les données de la neurobiologie et celles de la psychologie. Mais la psychanalyse n'est pas la psychologie. Elle est un domaine spécifique de la psychologie qui a établie sa propre méthodologie, sa propre pratique et ses propres conceptions

théoriques qui rendent incompatible l'intrication de ses données avec celles issues d'un dispositif scientifique.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

Freud S. (1912). *Conseils aux médecins dans la théorie psychanalytique*. Paris: PUF Coll. Quadrige.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


Recherches et réflexions

La scientificité de la psychanalyse : faux débat épistémologique, vrai challenge méthodologique



The scientific nature of psychoanalysis: False epistemological debate, real methodological challenge

B. Falissard

Université Paris-Sud, AP-HP, maison de Solenn, 97, boulevard de Port-Royal, 75679 Paris cedex 14, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Disponible sur Internet le 25 janvier 2017

Mots clés :

 Psychanalyse
 Science
 Expérience
 Critique
 Protocole

RÉSUMÉ

Cet article rassemble les réflexions d'un scientifique sur les possibilités théoriques, pratiques et méthodologiques d'un usage de la science dans le domaine de la psychanalyse. Ces réflexions s'articulent autour de 7 propositions : proposition 1 : la psychanalyse est un soin, une théorie et une méthode d'investigation de l'inconscient reposant sur la pratique d'associations libres ; proposition 2 : la science est une pratique collaborative critique, reposant sur des observations méticuleuses regroupées au sein d'une théorie ; proposition 3 : psychanalyse et démarche scientifique sont compatibles [proposition 3.1 : le psychanalyste est un scientifique impliqué dans une action de soin ; proposition 3.2 : la théorie psychanalytique peut conduire à formuler des hypothèses réfutables par des expériences reproductibles] ; proposition 4 : de multiples résistances expliquent les difficultés à accepter la compatibilité entre psychanalyse et démarche scientifique ; proposition 5 : les travaux scientifiques réalisés en lien avec la psychanalyse ne concernent généralement pas la théorie psychanalytique ; proposition 6 : il existe des designs expérimentaux simples permettant d'aborder scientifiquement la théorie psychanalytique ; proposition 7 : la psychanalyse a beaucoup à gagner et peu à perdre à s'engager dans une démarche scientifique.

© 2016 Association In Analysis. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

This article brings together some reflections of a scientist on the theoretical possibility and some practical and methodological uses of science in the field of psychoanalysis. These thoughts are articulated around seven propositions: proposition 1: psychoanalysis is a treatment, a theory and a method of investigation of the unconscious based on the practice of free associations; proposal 2: science is a critical collaborative practice, based on careful observations combined into a theory; proposition 3: psychoanalysis and the scientific approach are compatible [proposal 3.1: psychoanalysts are scientists involved in care; proposal 3.2: psychoanalytic theory can lead to formulating hypotheses refutable by reproducible experiments]; proposition 4: multiple resistances explain the difficulties to accept compatibility between psychoanalysis and science; proposition 5: most of scientific work done in connection with psychoanalysis do not concern the psychoanalytic theory; proposal 6: there are simple experimental designs that allow for a scientific approach of the psychoanalytic theory; proposition 7: psychoanalysis has much to gain and little to lose by engaging in science.

© 2016 Association In Analysis. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords:

 Psychoanalysis
 Science
 Experiment
 Critique
 Protocol

La question de la scientificité de la psychanalyse s'est posée dès la naissance de cette discipline, Freud (1923) lui-même ayant régulièrement pris position sans ambiguïté à ce sujet.

Adresse e-mail : bruno.falissard@gmail.com
<http://dx.doi.org/10.1016/j.inan.2016.12.005>

2542-3606/© 2016 Association In Analysis. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Depuis, le débat n'a eu de cesse de rebondir et toutes les positions ont trouvé grâce aux yeux d'épistémologues réputés (Jalal, Settlege, & Ramachandran, 2014) : psychanalyse comme pseudo-science (i.e. au même titre que l'astrologie), comme pré-science (i.e. dont la théorie doit être reformulée), comme science, mais comme « mauvaise science » (i.e. dont le support empirique est d'une trop grande faiblesse), comme science, mais comme « partiellement scientifique » (la neuropsychanalyse serait, elle seule, scientifique). Enfin, position plus expéditive : la scientificité de la psychanalyse n'est tout simplement pas une question pertinente.

Pour un praticien de la recherche médicale, un tel niveau d'incertitude épistémologique est très surprenant. En effet, dès que ce chercheur a quelque familiarité avec le corpus et la pratique psychanalytique, à la question « les études que vous réalisez au quotidien dans le domaine médical, pourriez-vous les transposer au domaine de la psychanalyse ? », la réponse est « oui, évidemment ». De ce point de vue, la question de la scientificité de la psychanalyse ne se pose pas davantage que la question de la scientificité de la médecine. Au demeurant, ces deux questions ont un intérêt réel, mais elles ne doivent pas masquer un problème bien plus concret et finalement bien plus important : comment faire de la recherche scientifique en médecine ou en psychanalyse ?

Cet article n'est donc pas un article d'épistémologie, ce qui serait d'ailleurs inconcevable compte tenu de la profession de son auteur. Cet article est la réflexion d'un scientifique sur la possibilité théorique et surtout pratique et méthodologique d'un usage de la science dans le domaine de la psychanalyse. Après les définitions indispensables des mots « psychanalyse » et « science », nous verrons pourquoi il est possible de faire de la science avec la psychanalyse, pourquoi on ne le fait que si peu, quelles approches scientifiques sont concevables et, enfin, ce que la psychanalyse peut en attendre.

Proposition 1 : la psychanalyse est un soin, une théorie et une méthode d'investigation de l'inconscient reposant sur la pratique d'associations libres

Dans l'imaginaire populaire, et plus généralement en dehors du strict cercle psychanalytique, le terme « psychanalyse » apparaît souvent comme flou et mal défini. Il y a sûrement là un amalgame entre le statut de psychanalyste, encore ambigu dans bon nombre de pays, et celui de la psychanalyse elle-même, qui bénéficie de définitions assez consensuelles.

En 1923, Freud donne une définition de la psychanalyse souvent reprise.

Elle « est le nom :

- 1/d'un procédé pour l'investigation de processus mentaux à peu près inaccessibles autrement ;
- 2/d'une méthode fondée sur cette investigation pour le traitement de désordres névrotiques ;
- 3/d'une série de conceptions psychologiques acquises par ce moyen et qui s'accroissent ensemble pour former progressivement une nouvelle discipline scientifique » (p. 235–59).

En 1967, Laplanche et Pontalis (1967), dans leur « Vocabulaire de la psychanalyse », développent cette perspective et proposent :

« Discipline fondée par Freud et dans laquelle, avec lui, on peut distinguer trois niveaux :

- A) Une méthode d'investigation consistant essentiellement dans la mise en évidence de la signification inconsciente des paroles, des actions, des productions imaginaires (rêves, fantasmes, délires) d'un sujet. Cette méthode se fonde principalement sur les libres associations du sujet qui sont le garant de la validité de l'interprétation. L'interprétation

psychanalytique peut s'étendre à des productions humaines pour lesquelles on ne dispose pas de libres associations.

- B) Une méthode psychothérapique fondée sur cette investigation et spécifiée par l'interprétation contrôlée de la résistance, du transfert et du désir. À ce sens se rattache l'emploi de psychanalyse comme synonyme de cure psychanalytique ; exemple : entreprendre une psychanalyse (ou : une analyse).
- C) Un ensemble de théories psychologiques et psychopathologiques où sont systématisées les données apportées par la méthode psychanalytique d'investigation et de traitement » (p. 523).

En 1990, Colette Chiland, dans « Homo Psychanalyticus » introduit quant à elle ses « pierres angulaires » de la psychanalyse :

- « – L'existence de l'inconscient [...] les phénomènes inconscients constituent une force organisatrice de la vie psychique et fonctionnent selon d'autres lois que les phénomènes conscients.
- La méthode de libre association des idées qui conduit à la découverte de l'inconscient.
- L'existence d'un sens des rêves et des symptômes, sens qui peut être interprété.
- Le refoulement et la défense.
- L'importance de la sexualité dans le développement de la personnalité normale et pathologique, du caractère et des symptômes, c'est-à-dire non seulement de la sexualité actuelle, mais de la sexualité infantile » (p. 328).

La psychanalyse est donc à la fois un soin et une méthode d'investigation qui accumule des observations structurées en une théorie. La psychanalyse s'intéresse à un objet particulier : l'inconscient. Le mot est à souligner car il est central : non seulement c'est la méthode psychanalytique qui conduit à la découverte de l'inconscient, mais cet inconscient est également l'objet d'investigation privilégié de la psychanalyse. La psychanalyse finit presque par s'approprier cet inconscient, c'est en tous cas ce que Freud sous-entend quand il dit qu'il s'agit d'un état mental « à peu près inaccessible autrement ». Si cette exclusive était totale, elle serait assurément problématique, car le monde psychanalytique deviendrait ainsi définitivement clos sur lui-même. Cette fermeture à la critique externe, que l'on devine parfois dans certains discours psychanalytiques, serait en contradiction flagrante avec la démarche scientifique, comme nous le verrons plus loin. Mais Freud a laissé la porte ouverte. Avec cet « à peu près inaccessible autrement », il laisse entendre, qu'un jour, de nouvelles méthodologies pourraient voir le jour, et c'est d'ailleurs peut-être ce que nous vivons dès aujourd'hui. Les sciences cognitives, en ayant recours dans leurs expériences à des images subliminales, étudient en effet des processus inconscients de traitement de l'information. Il vaudrait peut-être mieux parler de processus « non conscients », car l'inconscient cognitif est assurément différent de l'inconscient des topiques freudiennes (l'inconscient au sens « topique » est constitué de contenus refoulés alors que l'inconscient cognitif est constitué des états mentaux « dont on ne peut pas parler »). Mais le pas est franchi et il y a fort à parier que les méthodologies d'étude du non conscient développées par les sciences cognitives seront fort utiles pour mettre sur pied des protocoles applicables à la psychanalyse.

Proposition 2 : la science est une pratique collaborative critique, reposant sur des observations méticuleuses regrouppées au sein d'une théorie

Curieusement le mot « science » est bien plus difficile à définir que le mot « psychanalyse ». Réfutabilité (naïve ou pas),

vérifiabilité, reproductibilité, paradigme, anarchisme épistémologique, vérité, certitude, autant de concepts qui ont agité les épistémologues du XIX^e et surtout du XX^e siècle. Le lecteur non spécialiste s'y perd et, au final, s'il ne retient qu'une seule chose c'est la fragilité étonnante et méconnue des résultats scientifiques. Cette fragilité concerne toutes les sciences, y compris les plus « dures », comme la physique. Au total, s'il est difficile de dire ce qui fait science, il est bien plus facile de dire ce que la science n'est pas : un discours de vérité.

Comme cette affirmation heurte le sens commun, il est utile de se pencher sur un exemple : l'héliocentrisme. Il y a un consensus quasi absolu pour considérer aujourd'hui que la terre tourne sur elle-même et autour du soleil et non le contraire. Cette affirmation est implicitement, voire explicitement, considérée comme une *vérité* apportée par la science. Et pourtant, lisons ce que [Poincaré \(1902\)](#) écrit dans un très beau texte, le chapitre VII de « La science et l'hypothèse » :

« Il est plus commode de supposer que la terre tourne, parce qu'on exprime ainsi les lois de la mécanique dans un langage bien plus simple. [...] Dès lors, cette affirmation : “la terre tourne”, n'a aucun sens, puisqu'aucune expérience ne permettrait de la vérifier ; puisqu'une telle expérience, non seulement ne pourrait être ni réalisée, ni rêvée par le Jules Verne le plus hardi, mais ne peut être conçue sans contradiction ; ou plutôt ces deux propositions : “la terre tourne”, et : “il est plus commode de supposer que la terre tourne”, ont un seul et même sens ; il n'y a rien de plus dans l'une que dans l'autre. »

Étonnant... Rien n'est simple quand il s'agit de savoir ce que dit la science ou de savoir ce qu'elle est. Oublions donc quelques instants l'épistémologie et prenons le problème sous l'angle de la pratique. Ici aussi c'est [Poincaré \(1947\)](#) qui exprime le mieux le travail du chercheur scientifique :

« La méthode scientifique consiste à observer et à expérimenter ; si le savant disposait d'un temps infini, il n'y aurait qu'à lui dire : “Regardez et regardez bien” ; mais, comme il n'a pas le temps de tout regarder et surtout de tout bien regarder, et qu'il vaut mieux ne pas regarder que de mal regarder, il est nécessaire qu'il fasse un choix. La première question est donc de savoir comment il doit faire ce choix. » (p. 176)

Le scientifique est donc avant tout quelqu'un qui « regarde bien » et qui, pour « bien regarder », décide de se placer dans des circonstances favorables, où ses observations seront les plus riches d'enseignement (c'est le principe de l'expérimentation). Il est par ailleurs nécessaire de regrouper ces observations au sein d'un tout cohérent que l'on nomme « théorie ». En reliant des observations entre elles, une théorie provoque un choc sémantique qui donne à la science un pouvoir explicatif considérable. La théorie permet par ailleurs de penser à de nouvelles expérimentations. Pierre [Duhem \(1906\)](#) l'exprime bien dans *La théorie physique, son objet, sa structure* :

« [...] sans cesse, l'expérimentateur met à jour des faits jusqu'à présent insoupçonnés et formule des lois nouvelles ; et, sans cesse, afin que l'esprit humain puisse emmagasiner ces richesses, le théoricien imagine des représentations plus condensées, des systèmes plus économiques ; le développement de la Physique provoque une lutte continuelle entre « la nature qui ne se lasse pas de fournir » et la raison qui ne veut pas “se laisser de concevoir”. »

Enfin, et peut être surtout, la pratique scientifique est une pratique profondément collective basée sur la critique mutuelle,

critique tellement systématique qu'elle est souvent décrite comme extrême voire nihiliste par ceux qui la vivent au quotidien. Le système du « peer review » qui structure le monde des publications scientifiques est bien sûr emblématique de cette situation. La formulation des hypothèses de recherche et l'organisation même des expériences relève aussi de cette logique. En effet, pour pouvoir être challengés, une hypothèse de recherche ou un point théorique doivent être réfutables ; de la même façon, pour pouvoir être critiquée dans le détail, il est préférable qu'une expérience soit un minimum reproductible. Et l'on retrouve ici comment réfutabilité et reproductibilité s'inscrivent dans une perspective critique plus large qui structure le travail scientifique.

Au total, la critique, le caractère méticuleux des observations réalisées, leur structuration en une théorie, voilà ce qui fait le quotidien du travail du scientifique, voilà ce qui fait « science » dans la vie du laboratoire.

Proposition 3 : psychanalyse et démarche scientifique sont compatibles

Proposition 3.1 : le psychanalyste est un scientifique impliqué dans une action de soin

Si « le scientifique est donc avant tout quelqu'un qui “regarde bien” et qui, pour “bien regarder”, décide de se placer dans des circonstances favorables, où ses observations seront les plus riches d'enseignement » alors à l'évidence le psychanalyste est un scientifique. En effet, la cure analytique est un dispositif qui place l'analysé dans une « circonstance favorable » (un endroit calme, un divan, l'analysé tournant le dos à l'analyste, etc.) et l'analyste « regarde bien » son analysé ; « regarde bien » signifie ici que l'analyste prend le temps qu'il faut pour recueillir et interpréter la parole de son analysé. Ce temps est essentiel à la fois en psychanalyse et en science. En psychanalyse, car on sait avec quelle rigueur est définie la durée des séances, leur fréquence et la longueur bien connue d'une cure qui se compte en années. En science, le temps est un élément tout aussi essentiel : il faut des mois pour écrire un protocole, des mois voire des années pour réaliser une étude et des mois encore pour analyser les résultats, écrire un article, le soumettre, le corriger, etc. Ce temps est nécessaire pour prendre du recul par rapport à l'objet de l'étude, pour remettre en question les inévitables a priori, pour se donner la possibilité de voir ce que l'on n'attendait pas, pour peser le sens à donner à chaque mot. Il n'y a que très peu de domaines où l'on peut, où l'on doit ainsi prendre le temps. La psychanalyse et la pratique d'une science en font partie.

Bien sûr, en lisant cette section, beaucoup s'offusqueront en opposant ce c'est avant tout la neutralité du processus d'observation qui donne son statut au scientifique, alors que, bien au contraire, l'implication intime de l'analyste dans le transfert et le contre transfert est une condition nécessaire au processus analytique. Cet argument, classique, est trop simpliste. Tout d'abord, l'impératif de neutralité dans l'observation scientifique est un fantasme qui ne se rencontre que rarement dans la réalité de la pratique de laboratoire. Sans aller chercher le contre-exemple habituel mais néanmoins saisissant de la mécanique quantique (dans laquelle c'est la mesure réalisée par l'observateur qui permet l'existence même de la caractéristique mesurée, l'observateur est donc condition nécessaire du phénomène observé), cet impératif de neutralité n'est quasiment jamais satisfait en recherche biomédicale. Ainsi, en clinimétrie, il est bien connu que répondre à une question d'une échelle d'évaluation est susceptible de modifier les réponses que le patient va donner aux questions suivantes ([Falissard, 2008b](#)). Si tel est le cas, c'est bien que le processus de mesure (l'observation) a interagi avec le sujet observé. Ce phénomène est tellement fréquent qu'il a été théorisé,

par exemple au travers de ce que l'on dénomme « l'effet Hawthorne ».

En ce qui concerne l'opposition observation/interprétation, on se doit de constater que le psychanalyste comme le scientifique observe et interprète, les deux processus étant en fait assez difficiles à dissocier. Pour le psychanalyste, c'est une évidence. Pour le scientifique, il y a toujours un moment où, dans le maniement de sa technologie expérimentale, il va glisser imperceptiblement de la mesure à l'interprétation. En recherche biomédicale, les mesures peuvent être saisies automatiquement et analysées à l'aide d'un logiciel de statistique, mais le choix du modèle statistique dépend en grande partie de l'a priori du scientifique et ce choix peut avoir un impact important sur les résultats présentés, qui sont pourtant supposés être parfaitement « neutres ».

En fin de compte, le psychanalyste est bien un scientifique, mais un scientifique dont l'objectif n'est pas seulement l'avancement des connaissances, mais avant tout l'accompagnement de son analysé dans ses remaniements intrapsychiques. En d'autres termes, la *praxis* psychanalytique relève fondamentalement de la *praxis* scientifique. Mais le psychanalyste produit du soin et, le plus souvent, se cantonne à ce rôle et ne s'engage pas dans une production de savoir communicable.

Proposition 3.2 : la théorie psychanalytique peut conduire à formuler des hypothèses réfutables par des expériences reproductibles

À la question : « existe-t-il des points de la théorie psychanalytique réfutables par des expériences reproductibles ? », la réponse est bien évidemment : « oui ».

Prenons l'exemple du trauma, dont le rôle est central en psychanalyse. Freud (1915) écrit à son propos :

« Nous appelons ainsi une expérience vécue qui apporte, en l'espace de peu de temps, un si fort accroissement d'excitation à la vie psychique que sa liquidation ou son élaboration par les moyens normaux et habituels échoue, ce qui ne peut manquer d'entraîner des troubles durables dans le fonctionnement énergétique. » (p. 275)

Voilà une authentique hypothèse réfutable. En effet, si cette proposition est vraie, alors :

H₁. [Un abus sexuel dans l'enfance] entraîne [des troubles durables].

Or il est possible de réaliser une étude visant à mettre en évidence le rôle des abus sexuels infantiles comme facteurs de risque de psychopathologie à l'âge adulte. Cette étude, relevant de l'épidémiologie, est reproductible au même titre que toute étude épidémiologique. Cette étude permettra par ailleurs de réfuter la proposition ci-dessus, si le test statistique appréciant l'association entre le facteur de risque « abus sexuel infantile » et la variable dépendante « existence de troubles psychopathologiques à l'âge adulte » conduit à accepter l'hypothèse nulle (pour une taille d'effet et un risque de seconde espèce donnés).

Maintenant, à la question « tous les points de la théorie psychanalytique sont-ils réfutables par des expériences reproductibles ? », il est sans aucun doute bien plus difficile de répondre. Il faudrait en effet faire l'inventaire de tous ces points et mettre sur pied un design expérimental adapté à chacun d'entre eux. C'est sûrement une chose à faire et la réponse sera sûrement : « non, tous les points de la théorie psychanalytique ne sont pas réfutables ». Mon opinion personnelle est cependant que ces cas de figure sont loin d'être les plus fréquents, ce point de vue étant partagé par plusieurs auteurs, dont A. Grünbaum. Par ailleurs, des hypothèses non réfutables à une date donnée, pourront l'être bien plus tard : la physique contemporaine fourmille de situations de ce

type (par exemple la violation des inégalités de Bell en 1982 en réponse à une hypothèse formulée par Einstein, Podolski et Rosen 50 ans plus tôt).

Proposition 4 : de multiples résistances expliquent les difficultés à accepter la compatibilité entre psychanalyse et démarche scientifique

Parmi ces résistances on trouve les suivants.

Des enjeux de pouvoir

La légende infondée de la non-scientificité de la psychanalyse peut être vue comme l'expression symptomatique d'un « Yalta » ayant eu pour but de distribuer les rôles dans l'étude du psychisme humain. Jusqu'au début des années 1980, les candidats en présence étaient nombreux et fameux : biologistes, informaticiens, physiiciens, psychologues, psychanalystes, phénoménologues, et bien d'autres. Ne sont finalement restés que deux d'entre eux : les biologistes et les psychanalystes. Aux biologistes (maintenant dénommés neuroscientifiques), l'étude objective du sujet pensant (objective au sens où le sujet est considéré à la troisième personne, comme un système traitant de l'information). Aux psychanalystes l'approche subjective, c'est-à-dire l'approche qui aborde le sujet « de l'intérieur ». Les premiers seraient scientifiques, les seconds ne le seraient pas. Les deux affectant un certain mépris mutuel, mais chacun préserve ainsi un pré carré dans lequel il est tout puissant.

La peur du nombre et du déterminisme

Il existe une opposition ancienne entre le mot et le nombre, l'esprit de finesse et l'esprit de géométrie. Jacques Nimier (1988) a bien montré à ce propos comment l'objet mathématique peut être à l'origine d'un transfert et susciter des défenses de type phobique. Il est possible que certains psychanalystes aient ainsi une peur phobique de la science, en particulier si cette dernière donne l'impression de vouloir partir à la conquête de leur discipline.

Une autre explication de ce type peut être avancée. Dans l'imaginaire collectif, la science trouve des lois, la science détermine. Si la science venait à s'intéresser à la psychanalyse, cela serait alors une porte ouverte à une conséquence dramatique : la découverte que le sujet pensant est, lui-aussi, déterminé et ce jusque dans les méandres de son inconscient. Bien entendu, tout cela relève de l'idée reçue. Les sciences mathématisées peuvent proposer, en effet, des lois déterministes. Mais, au-delà de ces lois, rien ne dit que la réalité ainsi décrite soit elle-même déterminée. Un exemple classique est le théorème des trois corps. Trois corps pesants ponctuels sont seuls dans l'univers et s'attirent en fonction des lois de la gravitation universelle. Bien que ce système soit simple et théoriquement déterminé, il est impossible, en pratique, de savoir si ces trois corps resteront indéfiniment dans un espace borné à tourner les uns autour des autres ou s'ils s'écarteront de plus en plus pour s'éloigner à l'infini. En d'autres termes, des lois déterministes appliquées à un système élémentaire peuvent conduire à un comportement indéterminé.

La psychanalyse fait toujours scandale

Nos sociétés occidentales que l'on présente parfois comme avancées, rationnelles et libérées ont toujours autant de mal à accepter l'importance de la sexualité infantile dans la structuration de la vie psychique d'un individu, cette sexualité horrifie. Colette Chiland (1990) l'explique bien dans son « homo psychanalyticus ». Il est curieux de voir à quel point cela se retrouve dans le discours de scientifiques supposément rationnels et objectifs, y compris de scientifiques de grande valeur. Ainsi, Lionel Naccache (2006) dans

son livre « Le nouvel inconscient, Freud Christophe Colomb des neurosciences » s'exclame-t-il :

« De quel chapeau Freud sort-il ce rapport exclusif du système inconscient à la prime enfance du sujet ? Pourquoi la dimension sexuelle des représentations mentales constitue-t-elle soudain un attribut primordial des objets du système inconscient ? »¹ (p. 465)

Au-delà du déni, du rejet, il y a en fait de l'ambivalence. La société dénigre régulièrement la psychanalyse du fait de son supposé manque de scientificité, mais au moindre problème d'actualité (mariage pour tous, radicalisation, etc.) les psychanalystes sont immédiatement invités pour livrer leurs interprétations sur les plateaux de télévision. Par une opération de renversement dans le contraire, le psychanalyste occupe au sein de nos sociétés démocratiques ultra-technologiques la place qu'occupait le « fou du roi » dans les royaumes médiévaux. Il devient alors impossible de penser la psychanalyse comme une discipline scientifique, le « fou du roi » perdrait aussitôt son rôle aussi indispensable que décrié de révélateur de ce que personne ne peut ou ne veut voir. Il faut bien sûr ajouter à cela la complaisance que certains psychanalystes peuvent avoir à assumer ce rôle.

La psychanalyse est victime de quiproquos épistémologiques

Les hypothèses psychanalytiques sont souvent présentées comme non réfutables, nous avons vu plus haut que, au moins pour certaines d'entre elles, cela était inexact. Il en est de même de la reproductibilité de l'expérience analytique. Le couple analysé/analyste s'inscrit dans une démarche ou la singularité est centrale, comment penser alors à un dispositif reproductible, condition nécessaire à toute approche scientifique ? Dans la démarche scientifique, il ne faut pas penser la reproductibilité sous l'angle d'une reproductibilité « naïve », où tout serait identique d'une expérience à l'autre. En fait, rien n'est jamais strictement reproductible. C'est particulièrement vrai en recherche biomédicale, y compris dans des situations où la singularité du sujet pensant n'intervient pas. Ainsi, un essai thérapeutique évaluant l'efficacité d'un antibiotique dans le traitement de la tuberculose ne peut être strictement reproductible car, d'un endroit à l'autre, d'un moment à l'autre, l'écologie microbienne change et le profil de résistance de *Mycobacterium tuberculosis* sera différent. En réalité, en science, la reproductibilité doit être suffisante pour que la critique puisse s'exprimer pleinement. Or il existe bel et bien une certaine reproductibilité du processus analytique : transfert, contretransfert, modalités pratiques de l'analyse, etc. sont autant d'éléments que l'on retrouve avec une grande régularité.

Enfin, un autre quiproquo régulièrement rencontré confond scientification et naturalisation. La science serait synonyme d'objectivité, en d'autres termes la science aurait nécessairement un objet d'étude qui s'inscrit dans une réalité externe et naturelle. Une telle position serait incompatible avec la psychanalyse pour laquelle l'objet d'étude est interne au sujet, l'objet est un sujet : la psychanalyse est une discipline de la subjectivité, au sens propre du terme. L'analysé n'est pas un objet naturel, il est abordé par un mécanisme de co-pensée, en tant que sujet et par un sujet. En fait, nous l'avons vu dans le détail dans l'explicitation de notre proposition 2, la démarche scientifique n'implique ni objectivité, ni naturalisation. C'est en tous cas la thèse défendue ici.

Proposition 5 : les travaux scientifiques réalisés en lien avec la psychanalyse ne concernent généralement pas la théorie psychanalytique

Nous avons vu dans la proposition 1 que la psychanalyse était un soin, une théorie et une méthode. C'est peut-être le soin psychanalytique qui a été confronté le plus tôt et le plus systématiquement à la démarche scientifique. En effet, depuis le milieu de XX^e siècle et l'avènement de l'*evidence based medicine*, l'évaluation des soins repose sur un processus expérimental, obéissant à une logique statistique dont le design emblématique est celui de l'essai randomisé contrôlé. Ce type d'étude a une telle force de persuasion que, dans la plupart des pays, un soin est pris en charge financièrement par un système assurantiel à la condition qu'il ait montré son efficacité dans des essais de ce type. Pour l'ensemble de ces raisons, la psychanalyse n'avait sûrement pas d'autre choix que de réaliser de telles études. Plusieurs auteurs se sont donc lancés, courageusement, dans cette entreprise, qui a conduit en 2008 à la publication dans une revue médicale prestigieuse d'une méta-analyse de 23 études (11 randomisées et 12 non randomisées) évaluant statistiquement l'efficacité de psychothérapies psychodynamiques aux longs cours (Leichsenring et Rabung, 2008).

Ces essais d'évaluation relèvent incontestablement d'une démarche scientifique. Mais peut-on vraiment parler d'une approche scientifique de la psychanalyse ? En partie seulement. Tout d'abord, ces soins appelés « psychothérapies psychodynamiques aux longs cours » ne relèvent peut être pas systématiquement de la psychanalyse, même si, dans l'article cité plus haut, ces thérapies impliquaient une « *thoughtfully timed interpretation of transference and resistance* », ce qui les places à l'évidence dans une perspective psychanalytique. Enfin et surtout, le soin psychanalytique pourrait être étudié et évalué sous un angle scientifique, sans que cela n'implique une quelconque scientificité de la théorie psychanalytique.

Un autre vaste champ d'expérimentation scientifique en lien avec la psychanalyse est incontestablement la discipline émergente de la neuropsychanalyse. De nombreux travaux sont aujourd'hui disponibles, avec une société savante et une revue dédiée. Voyons sur un exemple concret de quoi relèvent ces travaux.

Costa et Oliveira (2015) font la constatation suivante : d'après la théorie psychanalytique, les sujets névrosés adoptent des mécanismes de défense pour se protéger de leurs pulsions sexuelles, ce qui conduit à refouler ces dernières en dehors de la conscience. Ils formulent alors l'hypothèse suivante, testable expérimentalement : chez des sujets présentant des mécanismes de défense défaillants (i.e. des sujets névrosés), il doit y avoir un découplage (i.e. une corrélation statistique faible) entre le désir sexuel mesuré à partir de marqueurs biologiques (i.e. la testostérone) et le désir sexuel ressenti subjectivement et mesuré à partir d'une autoévaluation. Ce découplage statistique serait la traduction expérimentale du refoulement. L'expérience est réalisée sur 63 sujets et l'hypothèse est vérifiée.

Cette étude est-elle réellement une mise à l'épreuve scientifique de la théorie psychanalytique ? En partie seulement. Les auteurs font en effet implicitement l'hypothèse qu'un désir refoulé est accessible à partir de données biologiques (ici la testostérone). C'est indéniablement astucieux, mais discutable. Pour qu'une telle approche soit épistémologiquement irréprochable, il faudrait que le champ théorique psychanalytique et le champ théorique neurobiologique soient regroupés dans une seule et même théorie de « grande unification », or on en est encore très loin. On ne peut cependant pas balayer d'un revers de main toute tentative de ce genre. Il existe en effet des développements théoriques qui permettent de penser une théorie de grande unification de ce

¹ L'auteur relativise par la suite son propos.

type qui donnerait à la neuropsychanalyse des bases épistémologiques plus solides (Falissard, 2008a).

Au total, les essais randomisés ainsi que les approches proposées par la neuropsychanalyse sont des pistes intéressantes permettant de rapprocher science et psychanalyse, mais elles donnent toutes deux le sentiment de ne pas aller droit au but, de ne pas aborder de front la théorie psychanalytique en la confrontant de l'intérieur à une approche expérimentale. Les essais randomisés car ils se concentrent sur le soin psychanalytique, la neuropsychanalyse parce qu'elle repose sur deux champs théoriques aujourd'hui encore inconciliables.

Proposition 6 : il existe des designs expérimentaux simples permettant d'aborder scientifiquement la théorie psychanalytique

À partir des années 2000, Daniel Milman (2006), doctorant en psychanalyse, a travaillé sous la direction de Danièle Brun auprès de frères et sœurs d'enfants atteints de cancer. Il met ainsi en évidence certains éléments de la symptomatologie développée par ces enfants brutalement confrontés à la maladie de leur frère ou de leur sœur. Voilà l'hypothèse qu'il développe :

« à l'origine des souffrances observées, se trouve la réalisation traumatique, par le biais de l'irruption du cancer, d'un vœu inconscient d'éviction du rival. [...] L'effraction constituée par le cancer au sein de la psyché des frères et sœurs sains aurait donc pour conséquence une atteinte durable quoique ponctuelle de l'espace interne où s'effectue l'épreuve de réalité. Elle ne constituerait pas une pathologie, mais peut-être un destin ou, pour être plus précis, des destins possibles. »

Cette hypothèse a donné lieu à un travail scientifique de réfutation. Dans un premier temps, il a fallu procéder à un travail de reformulation dans le but de trouver un design expérimental approprié. Voilà le détail de ce travail :

- hypothèse psychopathologique : « La fratrie d'un enfant atteint de cancer a un destin particulier : une atteinte durable et ponctuelle de l'espace interne où s'effectue l'épreuve de réalité » ;
- formulation de la conséquence n° 1 : « de nombreuses années après, la fratrie d'un enfant atteint de cancer conserve un fonctionnement psychique subtilement différent, pouvant ou non se traduire par une pathologie » ;
- formulation de la conséquence n° 2 : « cette subtile différence est issue d'un processus de refoulement que les psychanalystes sont habitués à repérer ».

Le design suivant a donc été choisi : 7 frères ou sœurs d'enfants ayant eu un cancer, âgés de 20 à 40 ans ont été appariés sur l'âge et le sexe à 7 sujets témoins. À ces 14 sujets il a été demandé de parler pendant 5 minutes de leur perception de leur monde intérieur, de leur rapport à l'art, de leurs rêves, etc. Le tout a été filmé et a donc donné lieu à 14 courtes vidéos qui ont ensuite été proposées à 3 psychanalystes, 6 étudiants en médecine, 3 oncologues et 3 thérapeutes cognitivo-comportementalistes. À chacun de ces professionnels de santé il a finalement été demandé de retrouver, à partir du visionnage des vidéos, quels étaient les sujets issus de fratries d'enfant atteint et quels étaient les sujets témoins. Seuls les psychanalystes (Cohen, 2011) y sont parvenus (le résultat du test statistique a conduit à $p = 0,0006$ versus $p > 0,05$ pour chaque groupe de soignants non psychanalystes).

Nous avons là une situation typique où un élément du corpus théorique psychanalytique a été reformulé pour pouvoir être soumis à une réfutation expérimentale. Il est à noter que la

reformulation proposée ici permet de rester à l'intérieur de la théorie psychanalytique. Il s'agit bien d'une mise à l'épreuve, modeste mais bien réelle, d'un élément de la théorie psychanalytique.

Proposition 7 : la psychanalyse a beaucoup à gagner et peu à perdre à s'engager dans une démarche scientifique

Dans un très beau texte sur « La formalisation et les sciences du récit », Claude Grignon (2001) écrit :

« La subjectivité de l'herméneute ne trouve de borne que dans la désapprobation de ses pairs, c'est-à-dire dans des subjectivités concurrentes, ce qui ne garantit évidemment pas contre les délires d'interprétation qui menacent les cercles d'intellectuels. Si c'est seulement par convention que l'on peut départager entre elles des interprétations qui ne valent jamais que ce que vaut le talent personnel reconnu à l'interprète, la recherche utopique d'une vérité dévalorisée par avance est inévitablement sacrifiée d'emblée à "l'art de conduire victorieusement la discussion". » (p. 31)

Si cette analyse s'appliquait à l'origine à la sociologie, elle conserve toute sa pertinence quand on considère la psychanalyse. Cette dernière semble avoir souffert trop régulièrement d'une sorte de nihilisme épistémologique privant les concepts de vérité et de science de tout contenu.

Il y a pourtant une succession de travaux remarquables, de W. Delthey à D.L. Rennie (2012), pour tendre vers une « herméneutique méthodique », enchaînant dans un mouvement circulaire quatre processus fondamentaux : éduction/abduction/déduction/induction. Or l'expérimentation scientifique, qu'elle soit qualitative ou quantitative, est indispensable pour que ce cercle puisse tenir. L'expérience scientifique, en structurant l'étape abductive, constitue la clé de voûte d'un tel cercle herméneutique. C'est elle qui permet de se prémunir du risque de « délire d'interprétation » que dénonce Grignon. La psychanalyse est arrivée à un stade où le recours à une herméneutique méthodique est une nécessité vitale. Il y a urgence à élaguer un corpus théorique foisonnant qui ressemble de plus en plus à un buisson impénétrable. Car le risque est réel de voir la psychanalyse démembrée avec, d'un côté, un soin qui a prouvé son efficacité et que l'on dénommera bientôt thérapie de 4^e ou de 5^e génération et, d'un autre côté, une théorie ringardisée qui sera redécouverte dans quelques décennies lorsque les neurosciences cognitives auront réussi à intégrer les notions de refoulement, de transfert, etc. Le prix à payer sera un long moment d'obscurantisme scientifique, de jeunes collègues dans l'impossibilité de trouver des postes académiques, et une société perdue dans un tourbillon de pseudo-rationalité, inaccessible à la souffrance des individus qui la constitue.

Bien sûr, ce *coming out* scientifique devra se faire avec mesure, dans la durée, et devra s'accompagner de travaux théoriques et épistémologiques qui permettront de penser et d'assimiler ce qui sera vécu inévitablement comme une rupture. Et certains auront à y perdre. Perte de cette aura de mystère qui confine parfois à l'ésotérisme, remise en cause d'institutions respectables mais parfois monopolistiques.

Mais le choix est-il encore permis ?

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

Chiland, C. (1990). *Homo psychanalyticus*. Paris: PUF.

- Cohen, D. (2011). Does experimental research support psychoanalysis? *Journal de physiologie*, 105(4–6), 211–219.
- Costa, R. M., & Oliveira, R. F. (2015). Maladaptive defense mechanisms are associated with decoupling of testosterone from sexual desire in women of reproductive age. *Neuropsychanalysis*, 17(2), 121–134.
- Duhem, P. (1906). *La théorie physique, son objet, sa structure*. Paris: Chevalier & Rivière.
- Falissard, B. (2008a). *Cerveau et psychanalyse : tentative de réconciliation*. Paris: L'Harmattan.
- Falissard, B. (2008b). *Mesurer la subjectivité en santé : perspective méthodologique et statistique* (2^e édition). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Freud, S. (1915). Introductory lectures in psychoanalysis. In *Standard Edition*, XVI. London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1923). Two encyclopedia articles. In *Standard Edition*, XVIII. London: Hogarth Press.
- Grignon, C. (2001). La formalisation et les sciences du récit. In *Le modèle et le récit*. Paris: Éditions de la Maison des sciences de l'homme.
- Jalal, B., Settlege, B. L., & Ramachandran, V. S. (2014). Science, epistemology, and future prospects for psychoanalysis. *Neuropsychanalysis*, 16(2), 115–127.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: PUF.
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *JAMA*, 300(13), 1551–1565.
- Milman, D. R. (2006). *Activations et destins du vœu inconscient d'éviction du rival chez les frères et sœurs d'enfants atteints de cancer* [Internet]. Paris 7 Disponible sur : <http://www.theses.fr/2006PA070017> [cited 2016 Apr 26].
- Naccache, L. (2006). *Le nouvel inconscient: Freud, Christophe Colomb des neurosciences*. Paris: Odile Jacob.
- Nimier, J. (1988). *Les modes de relations aux mathématiques : attitudes et représentations*. Paris: Méridiens Klincksieck.
- Poincaré, H. (1902). *La science et l'hypothèse*. Paris: Flammarion.
- Poincaré, H. (1947). *Science et méthode*. Paris: Flammarion.
- Rennie, D. L. (2012). Qualitative research as methodical hermeneutics. *Psychological methods*, 17(3), 385–398.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


Recherches et réflexions

Les liens ténus et complexes entre mémoire et émotions



The tenuous and complex links between memory and emotion

F. Eustache^{a,*}, B. Guillery-Girard^a, J. Dayan^{a,b}
^a EPHE, Inserm, U1077, neuropsychologie et imagerie de la mémoire humaine, Normandie université, Unicaen, PSL Research University, CHU de Caen, 14000 Caen, France

^b Pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHGR Rennes-I, 35703 Rennes, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
 Disponible sur Internet le 25 janvier 2017

Mots clés :
 Mémoire
 Émotion
 Identité
 Trouble de stress post-traumatique
 Résilience

Keywords:
 Memory
 Emotion
 Identity
 Posttraumatic stress disorder
 Resiliency

R É S U M É

Pendant longtemps, les études cognitives ont négligé les liens entre mémoire et émotions, voire même totalement écarté de leurs champs de recherche. Aujourd'hui, l'étude des émotions, au travers de leur expression physiologique, comportementale jusqu'à leur expérience subjective, est en pleine expansion. De par leur nature, les émotions nécessitent d'être abordées de façon transdisciplinaire et la psychanalyse y tient une place importante. Dans cet article, nous développons cette vision croisée des liens entre émotions et mémoire, entre neurosciences et psychanalyse. Une première partie est consacrée aux cadres théoriques de l'étude des émotions, leur évolution, avec un intérêt tout particulier pour leurs effets sur la mémoire, de l'encodage à la restitution, et au-delà, leurs répercussions sur la construction de notre identité par le biais de la mémoire autobiographique. La deuxième partie porte sur un type particulier de mémoire émotionnelle, les « mémoires traumatiques », qui peuvent conduire à un trouble de stress post-traumatique (TSPT). Le TSPT a une histoire longue et composite, héritée de la chirurgie de guerre, de la physiologie et de la psychanalyse. Il est retrouvé sous le terme de « névrose traumatique » en 1889 chez Oppenheim et, à la même époque, Charcot remarque des symptômes similaires chez ses patientes et décrira, ainsi que Freud et Janet, la « névrose hystérique ». Ce concept a été précisé après les deux grands conflits mondiaux du 20^e siècle jusqu'à aujourd'hui. Des approches modernes associant psychopathologie, neuropsychologie et neuro-imagerie ont totalement renouvelé la compréhension de ce syndrome, en y plaçant à son centre des modifications de la mémoire. Aussi, tout au long de cet article transparaît l'importance de l'approche transdisciplinaire pour comprendre ces mécanismes. Celle-ci s'étendant de plus en plus aux sciences humaines et sociales dans une réflexion sur les liens entre mémoire individuelle et mémoire collective.

© 2017 Association In Analysis. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

For a long time, cognitive studies were not interested in the effect of emotion on memory, even more they had completely excluded this dimension from their investigations. However, there is an increasing number of studies focused on emotion through its physiological, behavioral and subjective experience since few years. The particular complex nature of emotions needs transdisciplinary approaches and psychanalysis is one of these approaches. In the present paper, we develop this combined perspective of links between emotion and memory based on both neurosciences and psychanalysis. A first part of the present article focuses on theories of emotion, their evolution with a particular interest for its influence memory, from encoding to retrieval and beyond, its effect on the elaboration of our own identity in the context of autobiographical memory. The second part focuses on some specific emotional memories, i.e. "traumatic memories" that may lead to a posttraumatic stress syndrome. The posttraumatic stress syndrome has a long and complex history, from war surgery, physiology and psychanalysis. Oppenheim, first used the term "traumatic neuroses" in 1889 and at the same time, Charcot reported similar

* Auteur correspondant. Unité Inserm, EPHE, UniCaen, U1077 pôle des formations et de recherche en santé (PFRS), neuropsychologie et neuroimagerie de la mémoire humaine, université de Caen, Normandie, 2, rue des Rochambelles, CS 14032, 14032 Caen cedex, France.

Adresse e-mail : Francis.eustache@unicaen.fr (F. Eustache).

symptoms in patients that he diagnosed as “hysteric neuroses”, and that was further developed by Freud and Janet. This concept has evolved from the two main wars of the 20th century to date. Current approaches that associate psychopathology, neuropsychology and neuroimaging have completely renewed the definition of this syndrome by integrating memory disturbances as core symptoms. Then, this article highlights the importance to conduct transdisciplinary studies to understand emotional effects on memory. We have to go further by taking into account new models especially from human and social sciences that consider relations between individual and collective memories.

© 2017 Association In Analysis. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

De nombreuses études scientifiques montrent un lien fort et le plus souvent positif entre émotion et mémoire : une situation émotionnelle, d'intensité modérée, entraîne une meilleure mémorisation qu'une situation neutre. La mémoire peut être définie comme notre relation au temps qui passe : le passé, mais aussi le présent, lieu des émotions dans leur immédiateté, et le futur, avec la capacité à se projeter dans l'avenir. La mémoire conserve mais surtout sélectionne (voir Eustache, Ganascia, Jaffard, Peschanski, & Stiegler, 2014) ; c'est en partie au travers du filtre des émotions que s'opèrent ce tri et cette conservation des informations pertinentes, pour aboutir à une représentation cohérente de soi et du monde environnant. La prise en compte de la *nature* et de l'*intensité* de ses propres émotions, comme de celles des autres avec lesquels nous interagissons, est indispensable pour comprendre le fonctionnement de la mémoire. La première partie de ce texte est consacrée au cadre scientifique en pleine évolution de l'étude des liens entre mémoire et émotions. La deuxième partie porte sur le statut particulier des « mémoires traumatiques » qui peuvent conduire à un syndrome de stress post-traumatique. Enfin, nous insisterons dans notre conclusion sur la nécessité de l'abord transdisciplinaire de ces mécanismes.

Mémoire et émotions : une investigation scientifique en pleine évolution

Malgré son intérêt évident, l'étude des liens entre mémoire et émotions a été longtemps négligée par la science. Les émotions ont fait l'objet de nombreuses recherches en physiologie et en biologie, notamment chez l'animal et, par ailleurs, elles ont constitué un élément moteur des thèses de la psychanalyse. Cependant, tout au long du 20^e siècle, l'étude des liens entre mémoire et émotions a peu concerné le champ des neurosciences et de la psychologie classique. Cela tenait d'abord à des raisons philosophiques, l'émotion étant perçue comme une « pollution de la pensée », puis à des raisons épistémologiques et méthodologiques, l'émotion étant difficile à mesurer et à intégrer dans les cadres théoriques existants et dans les expérimentations. Hermann Ebbinghaus, consacré comme le fondateur de la psychologie expérimentale de la mémoire, est sans doute l'exemple qui résume le mieux cette situation. Cet auteur a mis au point des mesures « objectives » de la mémoire en étudiant l'apprentissage de syllabes sans signification. La démarche scientifique fractionnait tellement les processus qu'elle en amenait les chercheurs à ne pas considérer les composantes émotionnelles, pour ne pas qu'elles entraînent des perturbations dans la mesure. La révolution cognitive qui a débuté dans les années 1960 n'a fait que prolonger cette situation, en ne s'intéressant, dans un premier temps, qu'aux fonctions les plus « instrumentales », comme le langage, la perception, et en mettant volontairement à distance les dimensions subjectives et émotionnelles.

Aujourd'hui, l'étude des émotions et des liens entre mémoire et émotions est au contraire en pleine expansion. Les progrès de la

neuro-imagerie y ont beaucoup contribué. La place de plus en plus grande accordée à la dimension subjective dans l'étude de la mémoire, incluant la dimension émotionnelle, constitue un changement notable. Une autre évolution, parfois résumée sous les termes de tournant social, rend compte de l'importance de plus en plus importante jouée par la dimension sociale dans les comportements. Dans cet espace de recherche beaucoup plus composite, il est maintenant admis que la *cognition froide*, instrumentale ou épistémique, et la *cognition chaude*, teintée d'émotions, ne sont pas vraiment antinomiques. Les deux contribuent au contraire à la prise de décisions, aux interactions avec l'environnement et au fonctionnement psychique de façon générale (Eustache et al., 2016).

En psychologie et en neurosciences, les recherches sur les émotions se déclinent de différentes façons. Une première approche, catégorielle, se propose d'analyser les composantes des émotions, ainsi que leurs caractéristiques anatomiques, physiologiques et fonctionnelles. Une autre approche s'intéresse à l'influence des émotions sur divers domaines cognitifs, dont la mémoire. Enfin, les processus émotionnels sont considérés dans une relation à l'autre et dans des situations sociales plus ou moins complexes. L'étude des émotions et de ses interactions avec la mémoire relève ainsi pleinement du champ de la cognition sociale.

L'émotion correspond à un *état affectif* intense lié à un objet repérable, avec un *début* brutal et une *durée* relativement brève. Elle est caractérisée par des modifications physiologiques, comportementales et subjectives déclenchées automatiquement lorsque l'organisme est confronté à certains objets ou à certaines situations. L'émotion peut avoir un effet perturbateur sur les activités cognitives, mais souvent, elle a un effet motivateur et positif, par exemple sur la mémoire. Le terme d'*affect* correspond davantage aux manifestations subjectives qui accompagnent les émotions, les sentiments, les motivations, mais il n'inclut pas les composantes physiques et comportementales.

Les émotions se traduisent ainsi par des changements à trois niveaux. Les manifestations *physiologiques* ont longtemps été la thématique principale de ce champ de recherche : changements de fréquence cardiaque, respiratoire, du débit sanguin, de l'activité électrique de la peau, avec ses corrélats neurobiologiques... Concernant les modifications *comportementales*, il s'agit de changements dans l'action, accompagnés de variations dans les expressions faciales, vocales... L'émotion prépare aussi l'organisme à réagir à un stimulus, ce qu'illustre la fameuse expression de Cannon « fight or flight » (combattre ou fuir). La troisième dimension est celle de l'*expérience subjective*. Ces trois différents aspects – expression physiologique et comportementale et expérience subjective – doivent être pris en compte et intégrés mais les théories des émotions en physiologie, en psychologie ou en neurosciences ont souvent mis l'accent sur l'une ou l'autre dimension. Cette intégration est d'ailleurs une question ouverte depuis plus d'un siècle avec notamment des avis divergents sur l'antériorité subjective ou viscérale de l'émotion. Freud a reconnu clairement à l'émotion un primat physiologique, sans se prononcer sur la question de l'antériorité, mais n'a pris comme objet d'études

que le seul affect. À ce dernier, il associe une « représentation » qui peut être déplacée de l'affect vers une autre représentation dans le but d'éviter le déplaisir : il s'agit d'une des premières descriptions d'un mécanisme de défense. Certains affects sont décrits en relation avec leurs effets spécifiques comme la honte, l'effroi, l'anxiété, la culpabilité... mais il n'existe pas de systématisme descriptif des types d'émotion.

La recherche, par les neurosciences, de données quantifiables et objectivables s'est heurtée à de nombreux obstacles au-delà de la seule mesure des données physiologiques. La question de la mesure des émotions a longtemps été problématique. Ainsi, il est possible d'accéder à l'expérience subjective des émotions au travers de ce qui est verbalisé par la personne, mais aussi par des mesures dites implicites. C'est le cas par exemple avec les techniques d'*amorçage* ou d'autres méthodologies comme l'exposition infraliminale à un stimulus et bien d'autres encore. Cette utilisation de techniques d'évaluation sans prise de conscience est indispensable en neuropsychologie et en psychopathologie car les canaux usuels de communication peuvent être perturbés chez certains patients, mais elle se révèle aussi riche d'apports chez le sujet sain.

Dans une démarche de classification des émotions, la littérature scientifique distingue six émotions « primaires » qui sont retrouvées, de façon modulée, dans toutes les cultures : colère, joie, peur, dégoût, surprise, tristesse. Viennent ensuite les émotions « secondaires », davantage liées aux aspects culturels, telles que l'embarras, la culpabilité, la jalousie, l'orgueil. L'approche bidimensionnelle, pour sa part, consiste à situer les émotions sur deux grands axes. Le premier évalue l'aspect plus ou moins plaisant ou déplaisant, appelé la *valence émotionnelle*. Le second est lié à l'intensité de l'émotion, les émotions les moins intenses étant extrêmement « apaisantes » et les plus intenses, extrêmement frappantes, bouleversantes ou excitantes. Pour exemple, selon cette approche, la colère est une émotion à la fois négative et intense. Les psychanalystes retrouveront un certain parallèle avec deux caractéristiques de l'affect, l'intensité ou quantum d'affect, et un état du Moi ressenti variant du plaisir au déplaisir.

L'étude des liens entre mémoire et émotions va au-delà d'un simple effet bénéfique (ou perturbateur) sur la mémoire ou encore d'un possible découplage entre émotions et mémoire. Certains souvenirs émotionnels participent également à la construction de l'identité. Un exemple particulier est constitué par les souvenirs *flashs*, définis comme des souvenirs vivaces des circonstances durant lesquelles le sujet a vécu un événement public marquant. Nous nous souvenons ainsi du contexte spécifique dans lequel nous en avons eu connaissance. Tel a été le cas pour de nombreuses personnes lors de la survenue des attentats du 11 septembre 2001 aux États-Unis ou encore des attentats de Paris de 2015. L'importance de l'événement, perçue d'emblée par la personne qui en est le témoin, l'effet de surprise et la charge émotionnelle conduisent à mémoriser le contexte précis de l'apprentissage : le lieu où nous nous trouvions, ce que nous avons ressenti... Ces souvenirs *flashs* portent souvent, mais non exclusivement, sur des événements ayant une dimension traumatique. Toutefois, ces souvenirs d'événements surprenants et à haute valeur émotionnelle sont étudiés surtout dans un contexte où ils n'ont pas mis en danger la vie du sujet, de ses proches ou bien leur intégrité : à l'inverse du trouble de stress post-traumatique (TSPT) détaillé plus loin. L'impression vivace du souvenir est souvent persistante mais l'exactitude du souvenir et sa consistance diminuent avec le temps autant que dans n'importe quel souvenir avec un important remodelage et une perte de détails. Ces éléments semblent toutefois dépendre de la distance affective avec l'événement et des sentiments qu'ils ont suscités initialement. Ces souvenirs *flashs* se rapprochent d'autant de la mémoire traumatique que l'événement a suscité des émotions particulièrement

puissantes et liées notamment à la colère, à la honte, à la peur et plus généralement à l'image que le sujet se fait de lui-même, et donc à la cohérence du self. Dans ces cas, la perte de consistance et d'exactitude serait moins marquée avec le temps.

D'ailleurs, un autre domaine où les émotions interagissent fortement avec la mémoire est celui des souvenirs autobiographiques. Le concept de mémoire autobiographique, forgé par le psychologue Martin Conway, et pas très éloigné des théorisations de Janet, souligne les liens entre mémoire et identité et est inspiré de la distinction entre mémoire épisodique et mémoire sémantique proposée par Endel Tulving. La mémoire épisodique est celle des événements personnellement vécus et situés dans un contexte précis, que l'on appelle couramment « souvenirs ». Conway insiste sur le fait que, pour devenir un souvenir épisodique de nature autobiographique, un événement doit s'inscrire dans notre parcours de vie. C'est, par exemple, le jour de l'obtention du baccalauréat ou du permis de conduire : avec un imaginaire associé, symbole de liberté, et une signification forte pour le groupe social. Ce statut renvoie à la dimension à la fois personnelle, constitutive du rapport à soi, et sociale de l'émotion. Il est important de bien considérer que les souvenirs autobiographiques ne sont pas figés dans le temps, mais ils sont constamment réinterprétés, modifiés, reconsolidés et cela en fonction des aspirations et des buts actuels du sujet. L'intensité émotionnelle joue un rôle important dans ces différentes étapes des modifications des souvenirs autobiographiques au fil du temps. Les émotions ont un rôle potentiellement déclencheur et modulateur mais il est insuffisant pour expliquer la reconstruction du souvenir à long terme, qui est fonction d'aspects plus fondamentaux de notre personnalité et de notre identité.

Stanley Klein a proposé une représentation du soi complémentaire de celles proposées par Tulving et par Conway. Comme Tulving, il distingue les aspects épisodiques des aspects sémantiques, correspondant à la mémoire des connaissances générales sur le monde et sur soi. En revanche, sur la base de ses travaux avec des patients, il opère également une distinction entre la mémoire sémantique personnelle « classique », c'est-à-dire les connaissances générales (« je suis professeur ») et un autre pan de mémoire correspondant à des notions beaucoup plus abstraites et fondamentales sur soi (« je suis une personne honnête »). Cette double représentation de la mémoire sémantique, à la base de notre identité personnelle, l'une stable, l'autre davantage modulable, introduit une dimension nouvelle dans la transformation de notre identité au fil du temps (Eustache, Faure, & Desgranges, 2013 ; Eustache, 2013).

L'émotion exerce un effet protecteur sur la mémoire en agissant sur l'encodage. Cet effet souligne ainsi une capture attentionnelle supplémentaire par un stimulus émotionnel par rapport à un stimulus neutre. Un deuxième paramètre qui améliore l'encodage est la pertinence de l'information pour une personne donnée, c'est-à-dire la relation entre l'émotion et les objectifs de la personne. Enfin, la notion de surprise, de nouveauté accroît l'attention et la vigilance. Ainsi, le stimulus émotionnel comporte des caractéristiques connues pour augmenter les performances mnésiques, à l'exception des situations traumatiques sur lesquelles nous reviendrons. Ce sont principalement les interactions entre l'amygdale et l'hippocampe qui favorisent ce type d'encodage. L'implication de ces structures a été mise en évidence par des expériences d'imagerie par résonance magnétique (IRM). Cette technique a pour originalité d'étudier la « mémoire subséquente » : le principe est de mesurer l'activité du cerveau pendant le traitement d'un item, tout en évaluant le devenir de cet item (est-il oublié, mémorisé, avec quelle précision ?...). Les premiers travaux d'IRM fonctionnelle ont montré que le rappel ultérieur d'images est proportionnel à leur intensité émotionnelle et met en jeu, sur le plan cérébral, l'activation de l'amygdale. D'autres études,

avec des mots à mémoriser, ont montré que plus l'activation conjointe de l'amygdale et de l'hippocampe est importante pendant l'encodage, plus des mots à contenu émotionnel sont correctement rappelés.

Les émotions permettent également d'améliorer la consolidation. Un traitement émotionnel améliore ainsi les performances mnésiques à distance, c'est-à-dire lors d'un rappel différé, et cela davantage que pour un matériel neutre. Cet avantage est plus important lorsque la mémoire est testée après un intervalle long (plusieurs jours) qu'après un intervalle court. L'hypothèse explicative propose que l'émotion favorise une consolidation des traces mnésiques, notamment via un partage social et des ruminations mentales. Ce mécanisme de consolidation serait sous-tendu par un système neurobiologique spécifique à la mémoire émotionnelle, comme l'ont montré Cahill et McGaugh en 1998. Un événement à teneur émotionnelle active à la fois l'amygdale et le système hormonal, conduisant à un meilleur stockage des informations. Des expériences de Sharot et Yonelinas en 2008 ont montré que le rappel d'images était amélioré lorsqu'il s'agissait d'images à contenu émotionnel par rapport à des images neutres après un délai de 24 h, mais pas juste après l'encodage. Cet « effet retard » montre que l'étape de consolidation a été optimisée par le stimulus émotionnel. Ainsi, de façon générale, à l'exception des situations extrêmes, l'émotion provoque un effet positif sur la consolidation en mémoire.

Van der Kolk et Fisler en 1995, puis Layton et Krikorian, en 2002, ont proposé des modèles d'explication formelle qui récapitulent les données acquises sur l'influence de l'intensité des émotions sur les activations de l'amygdale et de l'hippocampe et leurs conséquences sur la consolidation d'un souvenir. Il apparaît que, lorsqu'un événement a une composante émotionnelle légère à modérée pour le sujet, l'activation progressive de l'amygdale stimule l'hippocampe, ce qui va entraîner des souvenirs de plus en plus marqués jusqu'au cas des souvenirs flashs, où la mémoire de l'événement et de son contexte est très précise. En revanche, si l'émotion gagne en intensité, l'activation de l'amygdale augmente jusqu'à ce qu'une inversion se produise : le niveau élevé d'activation de l'amygdale entraîne une inhibition partielle de l'hippocampe et perturbe la consolidation du souvenir, notamment ses aspects contextuels. Enfin, lorsque l'intensité de l'émotion est extrême, comme dans les traumatismes, l'activation de l'amygdale à son summum inhiberait totalement le fonctionnement de l'hippocampe. Cela se traduirait cliniquement par un syndrome de stress post-traumatique avec, dans ce cas, une consolidation exacerbée des aspects émotionnels, au détriment des aspects contextuels de l'événement.

Les émotions influencent également la probabilité qu'un souvenir puisse être récupéré en mémoire ainsi que sa précision. La valence émotionnelle, c'est-à-dire la nature plus ou moins positive ou négative des émotions, semble être un facteur important dans la récupération des souvenirs. Chez les sujets âgés en particulier, les événements positifs sont généralement mieux rappelés que les événements négatifs ou neutres. Ce « biais de positivité » serait dû à l'effet de la valence du souvenir sur la représentation de soi. En effet, de façon générale, la récupération du souvenir est améliorée quand celui-ci est cohérent avec les représentations identitaires de la personne. Si une personne est en bonne santé, elle possède généralement une image positive d'elle-même. Les expériences positives sont plus susceptibles d'être en accord avec la représentation de soi et donc plus facilement rappelées en mémoire. À l'inverse, dans la dépression, où les personnes ont une estime de soi négative, celles-ci rappelleront davantage des événements négatifs.

L'émotion peut également augmenter le degré de confiance que nous avons en nos souvenirs, la vivacité des souvenirs émotionnels étant considérée comme une indication subjective de l'exactitude de nos souvenirs. Ce mécanisme peut nous induire en erreur ; en

même temps, il présente un avantage évolutif dans certaines situations qui nécessitent une réaction rapide, même si les détails du souvenir sont imprécis.

Les mémoires traumatiques et le trouble de stress post-traumatique

Le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT ou PTSD pour *Posttraumatic Stress Disorder*, dans la terminologie anglaise) a une histoire longue et composite, héritée de la chirurgie de guerre, de la physiologie et de la psychanalyse. Ce concept a été précisé après les deux grands conflits mondiaux du 20^e siècle, puis après la guerre du Vietnam et, plus récemment, après les attentats du 11 septembre 2001 aux États-Unis et de 2015 en France. Une partie de la littérature récente émane également du TSPT faisant suite à des abus sexuels. Des approches modernes associant psychopathologie, neuropsychologie et neuro-imagerie ont totalement renouvelé la compréhension de ce syndrome, en y plaçant à son centre des modifications de la mémoire (Crocq, 2014 ; Dayan, Guillery-Girard, Nys, & Eustache, 2008 ; Dégeilh et al., 2013).

Le stress est une réaction psychologique, physiologique et neurobiologique d'alarme et de défense face à une agression ou à une menace pour son intégrité physique ou psychique. Cette réaction peut être utile et adaptative, en permettant la focalisation sur la situation menaçante et en augmentant les capacités mentales ainsi que les ressources physiologiques pour y faire face. Dans certaines situations de « stress dépassé », la réaction devient au contraire inadaptée et peut prendre la forme d'une sidération, d'une fuite panique ou d'une dissociation péri-traumatique. Les personnes qui présentent une réaction de stress dépassé sont susceptibles de présenter un TSPT durable. Des études épidémiologiques réalisées en Europe au début des années 2000 estiment la prévalence en population générale à 1,9% sur la vie entière des personnes et 0,9% sur les 12 derniers mois vécus.

Dans la dernière version du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (également désigné par le sigle abrégé de l'anglais DSM), le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), le TSPT appartient à la catégorie « Trouble relié aux traumatismes ou au stress ». Il constitue la conséquence psychopathologique la plus spécifique de l'exposition à un événement traumatique et comprend des symptômes étendus dans le temps, dont plusieurs concernent la mémoire. Le *syndrome de répétition* se traduit par des reviviscences répétées et involontaires de l'événement qui se manifestent au travers de souvenirs intrusifs, de rêves d'angoisse ou d'hallucinations. Ces états provoquent un sentiment de détresse durant lequel le patient revit les aspects sensoriels et émotionnels de l'événement, comme s'ils se reproduisaient dans le présent. Le *syndrome d'évitement* se traduit par des efforts importants du patient pour éviter tout ce qui peut lui rappeler l'événement traumatique. L'*altération négative de la cognition et de l'humeur* peut s'observer au travers des difficultés à rappeler certaines caractéristiques de l'événement, des croyances négatives sur soi et sur le monde, un émoussement émotionnel s'exprimant par une réduction des affects et de l'élan vital. L'*hyperactivité neurovégétative* est caractérisée par un état d'hypervigilance, des réactions de sursaut exagérées, des troubles du sommeil et des comportements agressifs. Le diagnostic est posé si ces symptômes persistent au-delà d'un mois, et entraînent une altération du fonctionnement social et professionnel. Des comorbidités, comme la dépression, les comportements d'addiction, l'anxiété, les crises de panique et les phobies sont fréquemment observées.

Les troubles de la mémoire sont bien soulignés dans ces nouveaux critères du DSM-5 et le TSPT est considéré comme une pathologie de la mémoire par de nombreux auteurs, même s'il porte atteinte à d'autres dimensions de la cognition et du

comportement. De manière surprenante, le TSPT est à la fois accompagné par une augmentation (ou hypermnésie) et une diminution de certains aspects du souvenir de l'événement traumatique. Ainsi, la vivacité du souvenir traumatique, exprimée au travers des « flash-backs », contraste avec classiquement la faible capacité des patients à rappeler de façon volontaire et consciente d'autres détails de l'événement traumatique.

Une altération particulière de la mémoire concerne la fréquente incapacité des patients souffrant de TSPT à se distancier mentalement de l'épisode traumatique, à l'intégrer dans une succession chronologique et à lui faire perdre son caractère d'immédiateté. Ceci se manifeste par la reviviscence involontaire de l'événement accompagnée par un sentiment intense de danger imminent. Ces flash-backs sont des souvenirs intrusifs déclenchés involontairement par des états internes ou des indices externes relatifs à l'événement traumatique. Ils font revivre intensément, comme se déroulant dans le présent, les aspects émotionnels de l'événement traumatique au travers d'images multi-sensorielles fragmentaires, souvent à dominance visuelle, dépourvues d'un contexte spatio-temporel cohérent. L'impression de revivre dans le présent l'événement traumatique a été soulignée par Janet et Freud, et dans les premiers cas explorés par la psychanalyse.

Une explication pourrait se trouver en germe dans les commentaires de Claparède, James et Janet. Selon les deux premiers, il n'existe pas véritablement de mémoire de l'émotion puisque cette dernière serait toujours une expérience actuelle, notamment parce qu'elle est liée à une expérience viscérale, et ne se représente pas en tant que telle. C'est une expérience du sujet en propre et aut centrée. Claparède et James ajoutent qu'il peut exister une représentation de l'émotion non associée au sentiment de reviviscence : elle est observée de l'extérieur comme lorsqu'on assiste à une pièce de théâtre et qu'on peut lire sur les traits de l'acteur l'émotion présentée. Elle peut donc être décrite. On rapprochera ce statut du premier type de mémoire décrite par Janet, la mémoire narrative, qui narre le passé comme du passé, c'est-à-dire le situe dans le temps et permet d'en parler comme d'un événement clos et à la troisième personne. Elle s'oppose à la mémoire traumatique caractérisée par le retour fragmenté, sensoriel et inconscient du souvenir traumatique. De plus, selon Janet, cette narration, pour être cohérente, se doit d'être associée à une synthèse avec les autres événements de vie pour mettre en place un récit de vie lui-même cohérent, élément essentiel de la personnalité. De ce récit, qualifié aujourd'hui d'autobiographique, il souligne le remaniement perpétuel.

Le TSPT donne lieu à plusieurs théories neuropsychologiques explicatives. La plus aboutie est celle de la double représentation, proposée par le psychologue Chris Brewin. Elle repose essentiellement sur l'intégration des souvenirs conscients et inconscients de l'événement. Ce modèle fait intervenir deux « systèmes », l'un dit « de mémoire perceptive », l'autre « de mémoire contextuelle ». Le système de mémoire perceptive, qui met en jeu principalement l'amygdale, encode les aspects perceptifs et émotionnels de l'événement dans un cadre de référence « égocentré » (c'est-à-dire en rapport à sa propre place dans la scène). Les informations perceptives ainsi encodées ne sont pas accessibles de façon intentionnelle, mais sont réactivées par des états internes ou des indices environnementaux relatifs à l'événement et se traduisent par des images mentales difficiles à verbaliser. Le système de mémoire contextuelle, qui dépend de l'hippocampe, encode le contexte spatial et temporel de l'événement dans un cadre de référence « allocentré » (extérieur à soi). Contrairement aux informations perceptives, les aspects contextuels de l'événement peuvent être rappelés de façon intentionnelle et consciente et sont facilement verbalisables. Le TSPT est caractérisé par un faible encodage de la représentation contextuelle (temps, espace) de l'événement traumatique qui entraîne une décontextualisation de

son souvenir lors du rappel. Ainsi, ce souvenir traumatique n'est accessible que de façon involontaire au travers d'images perceptives détaillées, s'exprimant par des flash-backs ou des cauchemars et faisant revivre à l'individu les aspects émotionnels de l'événement traumatique comme si la menace était réellement présente. Les résultats issus de l'imagerie cérébrale s'inscrivent bien dans ce cadre théorique. En effet, le TSPT s'accompagne d'une hyperactivation de l'amygdale. En revanche, on observe une atrophie de l'hippocampe, structure associée à la mémoire du contexte, celle-ci pourrait résulter de stress prolongés ou être constitutionnelle, c'est-à-dire prétraumatique. On constate également une réduction du volume et des activations (en IRM fonctionnelle) des cortex préfrontal médian et cingulaire antérieur qui sont impliqués dans l'évaluation des émotions. En outre, la connectivité fonctionnelle entre le cortex préfrontal médian et l'amygdale est réduite et se traduit par un défaut d'inhibition du cortex préfrontal sur l'amygdale (Dégeilh et al., 2013).

Dissociation et mécanismes de défense

Un domaine où les conceptions des neurosciences et de la psychanalyse se rejoignent, sans être consensuelles, est celui des mécanismes de défense. Un mécanisme de défense est défini comme un processus permettant d'éviter des motions insupportables, conflictuelles ou menaçant la cohérence de la personnalité (Moi) ou l'estime de soi (Narcissisme). Le terme « mécanisme » connote le fait que les phénomènes psychiques présentent des agencements susceptibles d'une observation et d'une analyse scientifique (Laplanche & Pontalis, 2007). Contrairement aux mécanismes de *coping*, qui en dérivent d'ailleurs, ils sont à participation partiellement ou principalement inconsciente. Cette notion est actuellement plus acceptée par les chercheurs en neurosciences en regard des confirmations répétées par des processus expérimentaux de l'existence d'une mémoire implicite ou de prises de décision indépendantes de la conscience de ses motifs. Certaines théories cognitives reprennent d'ailleurs sous un autre nom, mais sous une forme plus opérationnelle, des concepts clés des mécanismes de défense comme la dissonance cognitive et sa réduction, les mécanismes d'attribution, la pensée contrefactuelle, les illusions positives. La liste des mécanismes de défense comme ceux de *coping* est extrêmement étendue et de multiples essais de classification sont en cours pour une meilleure intégration théorique. Dans le cas particulier de cet article, notre attention sera dirigée uniquement vers deux mécanismes qui rendent indisponibles au sujet la mémoire du trauma sauf sous la forme de symptômes, la dissociation selon Janet et le refoulement selon Freud.

Dans le TSPT, les symptômes dissociatifs occupent une place particulière car ils représentent à la fois une manifestation du TSPT, et un mécanisme de défense, éloignant la souffrance traumatique. La notion de dissociation provient essentiellement des travaux de Janet, initialement nommée « désagrégation », le terme fut traduit en anglais par dissociation. Elle englobait initialement la notion de personnalités multiples, la seconde personnalité subordonnée mais en compétition, cohérente et complètement ignorée de la première, la personnalité de base. Les deux personnalités partagent les sensations, les images et les mouvements réunis normalement dans une même conscience. Une étiologie privilégiée en sera la survenue d'un événement traumatique inaccessible à la mémoire chez un patient présentant, selon lui, un défaut constitutionnel de personnalité à la « synthèse ». Freud reprendra la notion de dissociation de Janet mais attribuera l'isolation de l'élément dissocié au fait que le souvenir est particulièrement chargé affectivement, et source de déplaisir. Cette description préfigure la notion de mécanisme de défense, et particulièrement du refou-

lement. Ce refoulement serait, selon Freud, d'origine principalement inconsciente et réversible, sous l'effet de la psychothérapie, lorsque l'évènement vient à se répéter et par diminution du contre-investissement à l'origine du refoulement.

Les troubles dissociatifs ont connu un renouveau nosographique avec la parution du DSM III, qui s'est accompagné d'une multiplication impressionnante des cas de personnalités multiples auparavant tout à fait exceptionnels aux États-Unis (Boor, 1982). Cette constatation ne peut manquer d'être mise en rapport avec un élément bien connu des troubles de conversion : qu'ils alignent leur expression sur une représentation culturelle commune. Les troubles dissociatifs reconnus par le DSM sont à peu près ceux énoncés par Janet : l'amnésie psychogène (ou dissociative), caractérisée par l'incapacité à évoquer des souvenirs personnels importants, habituellement traumatiques, la fugue psychogène, le trouble de personnalité multiple et la dépersonnalisation. Les personnes souffrant de dépersonnalisation peuvent se sentir détachées de leur corps, comme si elles observaient leurs processus mentaux de l'extérieur. Elles peuvent aussi avoir l'impression de fonctionner en « pilotage automatique » ou comme dans un rêve. Leur sens de la réalité n'est toutefois pas profondément altéré, et les sujets en général reconnaissent leur état comme procédant d'une illusion ou d'une pathologie. Dans la littérature scientifique persiste un certain flou sur ce que sont les troubles dissociatifs : la première acception est plutôt phénoménologique et recouvre tous les états d'absorption ou de déconnexion de soi jusqu'à la sidération péri-traumatique. La seconde regroupe des troubles spécifiques qui sont à peu près ceux remarqués et décrits par Janet et Freud à l'exception des manifestations de conversion regroupées dans la catégorie des troubles somatoformes et aujourd'hui considérés comme ne relevant pas de la dissociation post-traumatique.

Le phénomène de dissociation est aussi parfois défini par la non intégration des aspects émotionnels, cognitifs et comportementaux de l'expérience. Il reste peut-être à intégrer dans cette cohérence, les réactions viscérales et hormonales, expérience physiologique de l'émotion, quatrième dimension de cette cohérence du self. Rubin par exemple, a montré la dissociation possible entre reviviscence cognitive et hypervigilance. Cette définition des états dissociatifs présente le double intérêt de pouvoir répondre à une approche expérimentale et de mieux représenter les symptomatologies cliniques dissociatives couramment retrouvées dans le TSPT. Certains sont inclus dans la définition du TSPT : agissement soudain comme si l'évènement traumatique se reproduisait, incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme et sentiment de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres. Les symptômes dissociatifs peuvent se retrouver, isolés ou non, associés à de nombreuses pathologies autres que le TSPT telles que le trouble *borderline* dans lequel d'ailleurs, on retrouve fréquemment des traumatismes de l'enfance. De plus, la clinique de ces troubles présente de remarquables similitudes, avec certains cas de pathologies « hystériques » décrites par Freud.

Il faut toutefois noter une importante controverse concernant l'amnésie du traumatisme ou de certains aspects importants de celui-ci. Elle n'est pas retrouvée dans de nombreuses études récentes menées chez l'adulte tant que le traumatisme n'est pas prolongé, longtemps répétée ou multiple ou que le sujet n'est pas confiné dans la situation dangereuse (état de guerre ou incarcération par exemple). Selon certains auteurs, le déficit mnésique post-traumatique ne présenterait pas d'autres caractères que ceux associés à une capture attentionnelle centrée sur les événements menaçants.

Dans le TSPT, les manifestations dissociatives peuvent être présentées comme un désavantage, en regard des perturbations cognitives et sociales qu'elles entraînent, mais aussi comme un

avantage adaptatif en regard de la mise à l'écart de la conscience des représentations intrusives et plus généralement des indices susceptibles de provoquer le retour des souvenirs traumatiques. Ce double aspect adaptatif et pathologique de la réaction au stress avait déjà été évoqué par Selye, pionnier de la théorie du stress, dans sa dimension organique qui considérait que les maladies liées au stress étaient dues à un excès des réactions « adaptatives » particulièrement celles impliquant la régulation hormonale (Selye, 1971).

À côté des concepts élaborés par Janet, des notions touchant à la psychanalyse sont régulièrement évoquées pour décrire les processus associés à ces états dissociatifs. Les principales tiennent à la notion de mécanismes de défense, dont le but serait de préserver la cohérence du Moi. Deux mécanismes clés sont régulièrement discutés, ceux de répression et de refoulement. Un auteur tel que Brewin admet la valeur de la notion de répression, c'est-à-dire de la mise à l'écart volontaire ou semi-volontaire de représentations insupportables ou déplaisantes, appréhendée dans le corpus psychanalytique par la notion de préconscient, mais met en doute celle de refoulement à participation principalement inconsciente. Des expériences comme celles d'oubli dirigé montrent qu'effectivement la mémoire peut être manipulée volontairement par le sujet lui-même ou lors de psychothérapies. Toutefois ces résultats auraient une portée limitée dans le TSPT, où plusieurs études ont montré une efficacité faible à moyen terme avec l'existence d'un rebond lorsque l'oubli dirigé porte sur les souvenirs traumatiques. De plus, cet oubli est toujours très partiel ne portant que sur une partie du matériel présenté. L'autre aspect du comportement post-traumatique, l'évitement, est souvent présenté seulement par son aspect conscient et volontaire, mais il n'est pas exclu que des mécanismes involontaires y participent. En effet, une attention spontanée plus importante est dirigée vers les indices traumatiques de l'environnement avec une difficulté à s'en dégager comparés à des sujets témoins. Ce biais associé à un manque de flexibilité mentale pourrait expliquer la protection par l'évitement de l'exposition à des indices traumatiques en cas de TSPT (Freeman & Beck, 2000).

Un autre élément peut aussi être comparé à un mécanisme de défense : garder cohérente l'organisation du self dans sa continuité historique et dans sa présentation sociale. La mise à l'écart de représentations insupportables notamment par les phénomènes de dissociation y contribuerait car la sélection et le remodelage de la mémoire autobiographique seraient insuffisantes et notamment en cas de TSPT complexes où le conflit de valeurs peut entraîner une rupture du « sens de soi » et de la croyance dans les valeurs communes. Enfin, certains symptômes du TSPT pris isolément dans un environnement extrêmement stressant et menaçant prolongé apparaissent aussi comme un mécanisme adaptatif, non tant au sens où ils rendent le sujet forcément opérant, mais dans la mesure où ils peuvent le protéger à court terme contre l'anxiété ou d'autres sentiments difficilement tolérables.

D'autres manifestations mnésiques associées présentent aussi ce double aspect. Les études impliquant des tâches focalisées sur la restitution de souvenirs autobiographiques épisodiques, évaluée le plus souvent par la technique des mots indices, neutres et émotionnels, montrent dans le TSPT des déficits se traduisant par une tendance à la généralisation, c'est-à-dire que les souvenirs indépendants du trauma sont moins précis et détaillés. Cette tendance à la généralisation consisterait en un mécanisme de régulation des affects (McNally, 2006) évitant les émotions déplaisantes associées aux indices traumatiques qui sont moins susceptibles d'être présents lorsque les souvenirs restent d'ordre sémantique. Toutefois, cette généralisation pourrait aussi s'expliquer par une allocation des ressources cognitives importante dévolue aux intrusions, à l'évitement ou à la répression de souvenirs associés. Elle pourrait même préexister au trauma et

dans ce cas le faciliter ou bien résulter surtout d'un état dépressif associé.

La nature émotionnelle et sensorielle du souvenir traumatique est un élément essentiel de la clinique du TSPT. Dès la fin du 19^e siècle, des débats étaient déjà en cours sur la nature des souvenirs traumatiques si particuliers par l'intensité de l'émotion associée souvent dominés par la frayeur. Les tableaux cliniques les plus fréquents étaient alors ceux de la « névrose d'effroi », caractéristiques des soldats près de la zone de combat ou bien « l'hystérie traumatique » des victimes civiles d'accidents ou d'agressions sexuelles. Les auteurs de cette période mettaient en avant les cas cliniques montrant des sujets semblant revivre l'évènement traumatique non seulement comme une expérience interne mais réagissant comme si l'évènement se reproduisait réellement, dans un état de dissociation. Ces tableaux étaient particulièrement retrouvés sous hypnose et peuvent être parfois retrouvés aujourd'hui dans les mêmes conditions. La distinction entre « souvenir » volontaire et involontaire est alors apparue d'emblée essentielle, avec cette particularité que dans les descriptions les plus classiques, le souvenir volontaire du trauma était souvent considéré comme inaccessible ou fragmenté, position qui n'est plus soutenue aujourd'hui pour un trauma survenant chez l'adulte que pour certains aspects de l'évènement traumatique (Rubin, Feldman, & Beckham, 2004). L'amnésie sévère ou complète, autre que liée aux détails périphériques et à la diminution de l'encodage du contexte, est bien plus rarement retrouvée aujourd'hui que dans les écrits du XX^e siècle, même si des cas sont régulièrement cités qui peuvent d'ailleurs pour chacun d'entre eux faire discuter notamment un état dissociatif plutôt qu'une amnésie vraie. De plus, la restitution volontaire de l'évènement traumatique ne s'accompagne pas en général de reviviscences traumatiques aussi intenses que celles de souvenirs involontaires ou intrusifs (sauf si elles viennent à déclencher les intrusions), argument en faveur de deux types de remémoration mis en avant dès l'origine des descriptions du trauma.

Conclusion

Le TSPT représente un modèle de psychopathologie acquise entraînant une modification du fonctionnement cognitif. Il associe notamment des troubles émotionnels et mnésiques. La clinique montre des mouvements psychiques contradictoires concernant le souvenir traumatique. Le TSPT est aussi à la confluence de nombreuses théories, avec en particulier les théories comportementales, expliquant la symptomatologie par la faillite du processus d'extinction de la peur conditionnée, et la théorie psychanalytique, par un échec des mécanismes de défense. Les thérapies mises en place ont toutes montré à la fois leur efficacité et leur limite, qu'elles soient médicamenteuses ou psychiques. Il apparaît probable que l'avenir consistera tout à la fois à affiner les techniques d'exploration neurocomportementales et d'imagerie, permettant non seulement de discerner avec plus de précision les structures cérébrales impliquées mais aussi de pouvoir décrire les

modalités temporelles d'activation des différentes structures et de les rapporter à une symptomatologie plus précise qu'actuellement, distinguant des typologies différentes du TSPT. Une autre évolution nécessaire est l'abord transdisciplinaire de ces phénomènes, intégrant notamment la dimension sociale, la mémoire individuelle ne pouvant pas vraiment être séparée de la mémoire collective. Cette approche prend tout son sens dans les TSPT, et plus largement les mémoires traumatiques, dans le contexte de grands conflits ou d'attentats comme nous le vivons actuellement dans différentes parties du monde (voir Peschanski & Eustache, 2016). Dans nombre d'observations, cette prise en compte transdisciplinaire permet de comprendre finement la survenue d'une pathologie post-traumatique et ses facteurs de résilience.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- Boor, M. (1982). The multiple personality epidemic. Additional cases and inferences regarding diagnosis, etiology, dynamics, and treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 170(5), 302–304.
- Crocq, L. (2014). *Traumatismes psychiques : prise en charge psychologique des victimes*. Paris: Elsevier.
- Dayan, J., Guillery-Girard, B., Nys, M., & Eustache, F. (2008). L'état de stress post-traumatique : aspects psychopathologiques et neuropsychologiques. In P. Piolino, C. Thomas-Antérion, & F. Eustache (Eds.), *Des amnésies organiques aux amnésies psychogènes* (pp. 233–268). Marseille: Solal.
- Dégeilh, F., Viard, A., Dayan, J., Guénolé, F., Egler, P.-J., & Baleyste et al. (2013). Altérations mnésiques dans l'état de stress post-traumatique : résultats comportementaux et neuro-imagerie. *Revue de Neuropsychologie*, 5(1), 45–55. <http://dx.doi.org/10.1684/nrp.2013.0252>
- Eustache, F., Faure, S., & Desgranges, B. (2013). *Manuel de neuropsychologie*. Paris: Dunod.
- Eustache, F., Amieva, H., Thomas-Antérion, C., Ganascia, J. G., Jaffard, R., Peschanski, D., & Stiegler, B. (2016). *Mémoire et émotions*. Paris: Le pommier.
- Eustache, F., Ganascia, J. G., Jaffard, R., Peschanski, D., & Stiegler, B. (2014). *Mémoire et oubli*. Paris: Le pommier.
- Eustache, M. L. (2013). *Mémoire, conscience et identité*. Paris: Dunod.
- Freeman, J. B., & Beck, J. G. (2000). Cognitive interference for trauma cues in sexually abused adolescent girls with posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 29(2), 245–256.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: Puf.
- Layton, B., & Krikorian, R. (2002). Memory mechanisms in posttraumatic stress disorder. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 14(3), 254–261.
- McNally, R. J. (2006). Cognitive abnormalities in posttraumatic stress disorder. *Trends in Cognitive Sciences*, 10(6), 271–277.
- Peschanski, D., & Eustache, F. (2016). « 13-Novembre », un programme de recherche inédit sur les mémoires traumatiques. *Revue de Neuropsychologie*, 8(3), 155–157. <http://dx.doi.org/10.1684/nrp.2016.0388>
- Rubin, D. C., Feldman, M. E., & Beckham, J. C. (2004). Reliving, emotions and fragmentation in the autobiographical memories of veterans diagnosed with PTSD. *Applied Cognitive Psychology*, 18, 17–35.
- Selye, H. (1971). *Hormones and resistance*. New York: Springer.
- Sharot, T., & Yonelinas, A. P. (2008). Differential time-dependent effects of emotion on recollective experience and memory for contextual information. *Cognition*, 106, 538–547.
- Van der Kolk, B. A., & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8(4), 505–525.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


Recherches et réflexions

Le corps hystérique : de la clinique médicale à la mythologie[☆]



The hysterical body: From medical conditions to mythology

S. Lepastier MD, PhD (Directeur de recherche, Chercheur associé)^{a,*,b}^a Centre de recherches psychanalyse, médecine et société (CRPMS, EAD 3522), université Paris Diderot, 5, rue Thomas-Mann, 75013 Paris, France^b Institut des sciences de la communication, CRNS - UPMC (Sorbonne université), 20, rue Berber-du-Mets, 75013 Paris, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
 Disponible sur Internet le 1 février 2017

Mots clés :
 Affect
 Hystérie
 Histoire de la médecine
 Conversion
 Trances
 Syndrome médical inexplicable

Keywords:
 Affect
 Hysteria
 History of medicine
 Somatoform disorder
 Trances
 Unexplained medical syndrome
 Unexplained neurological syndrome

RÉSUMÉ

Depuis l'Antiquité, l'hystérie confronte le médecin aux limites de son savoir. Dès lors, il devient nécessaire d'inclure les signes observés dans un cadre de pensée plus vaste, en d'autres termes un paradigme dominant. La psychanalyse est dans une position d'exception car cette discipline fait de l'hystérie son paradigme. C'est pourquoi, l'évolution culturelle, davantage qu'elle influe la clinique, modifie sur le regard porté sur un corps suffoquant.

© 2017 Association In Analysis. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Since antiquity, hysteria confronts physicians with the limits of their knowledge. Therefore, it becomes necessary to include identified signs within an extensive framework of thought, in other words in a dominant paradigm. Psychoanalysis once again can prove its special position because the discipline considers hysteria as its paradigm. And that is why, cultural shift modifies the point of view upon the suffocating body more than it affects clinical manifestations.

© 2017 Association In Analysis. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Dans le cadre de cet article, le signifiant hystérie renvoie à l'hystérie de conversion, trouble d'apparence somatique traduisant un conflit psychique pour une large part inconscient. Classiquement, on distingue les « stigmates », atteintes permanentes au cours desquelles le patient présente une « belle indifférence » à son symptôme, des « attaques » qui constituent des épisodes critiques marqués par un débordement des défenses. L'édition française des *Œuvres complètes – Psychanalyse* de Freud traduit *hysterischen Anfall* par « accès hystérique », terme retenu ici.

Depuis l'Antiquité, les patients atteints d'hystérie présentent aux médecins leur corps suffoquant, pulsionnel et érotique là où ces derniers voudraient ne percevoir que le corps anatomique. Pour leur donner sens, des signes cliniques invariants sont rapportés aux paradigmes culturels dominants, donnant à tort le sentiment d'une

modification de la symptomatologie. Après que les médecins hippocratiques aient attribué l'affection à une atteinte de l'ordre naturel, au Moyen âge finissant, les Inquisiteurs voient dans ces signes une atteinte à l'ordre divin tandis qu'au siècle des Lumières, les Encyclopédistes les rapportent à l'éloignement de l'état de nature dans la vie sociale. Simultanément, la naissance de la clinique moderne laisse espérer, tout au long du XIX^e siècle, la mise en évidence de lésions anatomiques spécifiques, tandis qu'au XX^e siècle, des tentatives sont faites pour découvrir des troubles endocriniens responsables de la symptomatologie observée. Le non-aboutissement de ces derniers projets fait naître un nouvel espoir : celui de l'élimination d'une affection dont tous les signes auraient un caractère d'artefact. L'hystérie n'aurait d'autre légitimité à son existence que la complaisance ou la crédulité des médecins, c'est pourquoi elle tend à être écartée des classements nosographiques. L'affirmation de sa disparition dès le début du siècle est au moins autant acte de foi et plaidoyer que constat clinique. Il est attendu du progrès des techniques médicales qu'il permette d'assurer à tout coup un diagnostic organique dans les conjonctures où l'hystérie, témoignage d'un

[☆] L'hystérie, dans sa forme dite de conversion heurte directement les principes dualistes sur lesquels se fonde l'idéologie neuroscientiste. Jean-Didier Vincent (1992).

* Correspondance.

Adresses e-mail : slepastier@gmail.com, samuel.lepastier@cnrs.fr.

passé révolu, est encore évoquée, le plus souvent à contrecœur (Lepastier, 1996).

Or, l'évolution ne se fait pas dans le sens espéré. À la fin du siècle, les images de la caméra à positrons révèlent un nombre plus important que celui traditionnellement retenu de « convulsions pseudo-épileptiques » tandis que, par ailleurs, il apparaît pour les symptômes permanents que les zones du cerveau « allumées » diffèrent nettement selon qu'il s'agisse de simulation ou d'hystérie (Fossati, 2015). Ces données expliquent que, référence renouvelée à un paradigme dominant, à l'aube du XXI^e siècle, soient publiés les premiers travaux de psychologie cognitive consacrés à l'hystérie (Halligan, Bass, & Marshall, 2001).

Au sein de cette évolution, la psychanalyse occupe une position singulière car, à l'opposé des autres modes d'approche qui analysent la clinique à partir d'un paradigme préalable, cette discipline s'est construite en érigeant la clinique de l'hystérie au rang de paradigme. Pour Freud, le rêve est un équivalent de crise hystérique et la métapsychologie peut être comprise comme une opération visant à rabattre le psychisme au regard de ce concept (Lepastier, 2009).

La suffocation de la matrice

Selon Hippocrate, chez une femme privée de relations sexuelles, l'utérus, tel un animal affamé, erre dans le corps avant de remonter jusqu'à la gorge en provoquant un étouffement : c'est la « suffocation de la matrice ». La crise se résout par un éternuement (Catonné, 1992). Si la relation entre manifestations somatiques et perturbation psychique est reconnue, une interprétation, fondée sur une physiopathologie erronée mais non dépourvue d'efficacité symbolique au sens de Claude Lévi-Strauss (1949), attribue aux déplacements supposés de la matrice la multiplicité et la labilité des symptômes. Cette description implique, au décours de la crise, qu'un récit affecté de la patiente révèle sa continence. Au III^e siècle, Galien repère l'affection chez l'homme (Landouzy, 1846, p. 218).

Au moins partiellement, la suffocation de la matrice trouve un écho chez Freud quand il définit la névrose comme l'intériorisation de ce processus : « Je tiens sans hésiter pour hystérique toute personne chez laquelle une occasion d'excitation sexuelle provoque surtout ou exclusivement du dégoût, que cette personne présente ou non des symptômes somatiques. » (Freud, 1905 e, p. 18). Si l'excitation des organes génitaux provoque le dégoût, cela signifie, autrement dit, que celle-ci se trouve refoulée (au sens propre du terme) pour atteindre le haut du corps en même temps que l'affect se négative, l'excitation ressentie par la bouche étant désagréable. C'est aussi pourquoi une équivalence symbolique est souvent retrouvée, dans l'inconscient comme dans la culture, entre pôle génital et pôle oral.

De la sorcellerie à l'hystérie, un aller-retour

À l'extrême fin du Moyen âge, la chasse aux sorcières connaît une recrudescence marquée. Deux inquisiteurs publient le *Malleus maleficarum* manuel pour aider les juges ecclésiastiques dans leur tâche difficile (Institoris & Sprenger, 1486). Ce livre est marqué par une violente passion misogyne, les prétendues sorcières ne faisant que porter à leur paroxysme les défauts communs à toutes les femmes. Cependant, pour prouver l'action du démon, les auteurs sont amenés, malgré eux, à donner une première description de l'appareil psychique et, comme Freud l'a relevé : « La théorie démonologique de ces temps obscurs a eu finalement raison face à toutes les conceptions somatiques de la période des sciences "exactes" » (Freud, 1923 d, p. 217–218).

À la Renaissance, le médecin Jean Wier (1563) reconnaît l'hystérie chez les femmes alors assignées à procès pour sorcellerie. Pourtant, la suspicion persiste et les signes de l'affection restent

perçus, dans une large mesure, comme une déviation au regard de la norme sociale alors que leur dimension clinique demeure controversée. Au XX^e siècle, Hippolyte Bernheim considère la clinique de la Salpêtrière comme une « hystérie de culture » (Bernheim, 1913, p. 1). De fait, celle-ci a été construite par Jean-Martin Charcot en référence à plusieurs événements historiques : convulsions sur la tombe de Saint Louis, chasse aux sorcières, possession de Loudun, convulsionnaires du cloître de Saint-Médard et possession de Morzine sous le Second Empire (Charcot & Richer, 1887 ; Lepastier, 2004, p. 91–217). En leur temps, ces épisodes ont donné naissance à une littérature critique faisant passer la femme transie du statut d'alliée du démon à celui de victime de ce dernier avant d'être reconnue comme malade (Certeau, 1970 ; Maire, 1985 ; Carroy-Thirard, 1981).

Depuis une quarantaine d'années, aux États-Unis principalement, des patients révèlent, au décours de séances d'hypnose, avoir subi des abus sexuels lors de cérémonies sataniques (*satanic ritual abuse*) impliquant parfois des grands de ce monde (Nathan & Snedeker, 1995). Quels que soient les fondements dans la réalité que revendiqueraient ces allégations, notons qu'elles reprennent, sans grandes modifications dans leurs structures narratives, les descriptions du Sabbat comme les accusations de meurtres rituels. L'étude plus approfondie de ces inquiétudes collectives serait vraisemblablement une voie de grand intérêt pour analyser comment les processus psychiques issus de l'inconscient (ici le fantasme originaire de séduction) peuvent être amenés à se manifester dans les mouvements de l'Histoire.

De la Renaissance à la médecine scientifique

Au XVI^e siècle encore, parmi d'autres médecins, Jean Fernel palpe les migrations de l'utérus (cité par Landouzy, 1846, p. 36). Les progrès de l'anatomie et de la physiologie rendant caduque cette conception, une nouvelle théorie, celle des vapeurs, est élaborée à l'âge classique : si l'utérus reste fixe, ses émanations irritent différents trajets nerveux qui perturbent alors le fonctionnement d'autant d'organes pour atteindre finalement le cerveau (Abricossosof, 1897). En Grande Bretagne, George Cheyne souligne la fréquence élevée de l'hystérie, au point d'être la « maladie anglaise », par excellence (Cheyne, 1773). Thomas Sydenham considère l'affection comme une « maladie caméléon » ; il est le premier à décrire un symptôme permanent : le clou hystérique (Sydenham, 1774, p. 567).

Pour les Encyclopédistes français, l'hystérie est la conséquence d'un ordre social dénaturé. Le patient, oisif, aristocrate ou encore adonné aux excès – y compris intellectuels – subit dans son corps les conséquences d'une vie dérégulée (*Grande Encyclopédie*, 1765, p. 420). Denis Diderot explique l'affection par la difficulté pour les femmes de concilier les nécessités de la nature et les exigences de la société (Diderot, 1772). La venue de Franz Anton Mesmer à Paris en 1778, épisode bien connu, introduit le magnétisme animal et la valeur thérapeutique de la convulsion (Roussillon, 1992).

Dans le dernier tiers du XVIII^e siècle, une révolution s'accomplit en médecine. À la clinique médicale hippocratique fondée sur les « épidémies » est substitué le modèle lésionnel dans lequel la maladie n'est plus la conséquence d'une transgression des nécessités naturelles mais résulte d'une lésion anatomique. Si, pour le médecin hippocratique, seule la crise – temps de jugement – assure le diagnostic et permet de formuler un pronostic, à l'ère des Lumières, la généralisation de la pratique des autopsies permet progressivement d'établir une correspondance entre les atteintes des organes observées sur le cadavre et les symptômes auparavant présentés par le patient de son vivant. Cela n'a pas été sans conséquences sur la clinique de l'hystérie. Jusqu'alors, en effet, celle-ci était décrite comme une affection dont le sens était donné lors des crises et dont la guérison était

subordonnée au respect de l'ordre des choses. Il en allait ainsi pour l'ensemble de la pathologie, le but du médecin étant de rétablir l'équilibre des humeurs. Le développement de la méthode anatomo-clinique conduit au contraire à constater que, pour un certain nombre de troubles, pour l'essentiel en relation avec le système nerveux, il n'est pas possible de mettre en évidence de lésions spécifiques. En 1777, pour les désigner, William Cullen, professeur de théorie médicale à l'université de Glasgow, est le premier à utiliser le terme de « névrose » (Cullen, 1777).

Au XIX^e siècle, de nombreux traités cliniques sur l'hystérie sont publiés. Marc-Hector Landouzy est crédité d'être à la fois le dernier auteur à défendre l'origine utérine et l'inventeur du terme d'hystéro-épilepsie (Landouzy, 1846). Bien que son travail ait inspiré Charcot, l'accent mis sur la sexualité se trouvait trop en contradiction avec la morale de son temps pour que son œuvre puisse être retenue. En 1859, Pierre Briquet, rejette définitivement la théorie utérine pour présenter l'affection comme : « le produit de la souffrance de la portion de l'encéphale destinée à recevoir les impressions affectives et les sensations » (Briquet, 1859, p. 601). En même temps, il remonte le point de départ de la crise de l'utérus à l'épigastre, contribuant au refoulement de la sexualité, ce que lui reproche Charcot (1872–1873, p. 266).

Progrès clinique décisif, Charcot rapporte la crise à une conception psychopathologique plus adéquate. Si Landouzy a établi des tableaux comparatifs entre crise hystérique et épilepsie pour montrer ce qui les différenciait, Charcot dans l'incapacité de mettre en évidence des lésions spécifiques recherchées sur les patients présentant des symptômes permanents – les stigmates – fait retour au principe hippocratique de la « médecine expectante », déjà étudié dans sa thèse d'agrégation (Charcot, 1857, p. 304–347). Il détaille la clinique des attaques en quatre périodes : tétanique, clownique, attitudes passionnelles et délire de mémoire enfin (Charcot, 1872–1873, p. 321–337). Malgré son caractère artificiel, cette description permet de rendre compte de l'affection dans son ensemble en montrant la transformation progressive d'une excitation qui, perçue d'abord dans le corps, aboutit à une expression verbale affectée, en d'autres termes à un orgasme de la parole.

Les auditeurs des leçons de la Salpêtrière sont fascinés par le défi posé par des symptômes qui mettent en échec la méthode anatomo-clinique. Charcot, pour assurer la cohérence de sa description de la « grande hystérie » (Richer, 1885) postule l'existence de *lésions dynamiques* (Charcot, 1865, p. 32) – que certains cherchent toujours à mettre en évidence aujourd'hui grâce au scanner – et un point de départ ovarien de l'attaque, tout en introduisant une phase de délire terminal. Ce faisant, il donne dignité et statut à ces récits affectés, au lieu de les considérer, ce qui avait été le cas jusque-là, comme un artefact dont il convenait de limiter les effets.

Charcot vise deux buts : d'une part, résoudre l'énigme posée par une affection aux apparences si déroutantes, le « sphinx » (Charcot, 1882, p. 32) dont on sait depuis peu qu'elle n'est pas secondaire à des lésions de l'appareil génital féminin, et d'autre part, par la reconnaissance et la valorisation de cette entité clinique, donner une interprétation laïque à des manifestations ayant été utilisées, plus ou moins à bon escient, pour servir la gloire de la religion (Charcot, 1893). Après la séparation de l'Église et de l'État, le mouvement anticlérical est suffisamment assuré de ses bases pour que l'autorité morale d'un prêtre laïque soit nécessaire au succès de cette cause.

Perspectives culturelles

La crise, en tant qu'elle introduit une discontinuité dans les modes habituels de perception, est rattachée à la catégorie de l'extraordinaire qu'il soit psychologique, religieux ou scientifique.

À travers elle, se constituent les personnages de chamanes, voyants, médiums, mystiques, possédées ou sorcières. Par ailleurs, la phénoménologie de la transe, débordant la clinique médicale, a servi de support pour justifier des attitudes non rationnelles. Il n'est donc pas possible de limiter l'hystérie aux descriptions, inspirées par les théories de la sociologie fonctionnaliste de Talcott Parsons, qui réduisent l'affection à la seule expression d'un *sick role* ou d'un *illness behavior* (Mechanic & Volkart, 1960 ; Wilson-Barret & Trimble, 1985). En 1997, Elaine Showalter, professeur de littérature à l'université de Princeton, repère certaines manifestations hystériques de la culture nord-américaine dont les équivalents apparaissent ultérieurement en France (syndrome de la mémoire retrouvée, syndrome de fatigue chronique, syndrome de la Guerre du Golfe, notamment) (Showalter, 1997). Ici aussi un lien peut être trouvé entre la psychologie individuelle et la psychologie collective, avec les interrogations soulevées par les trances rituelles, les états modifiés de la conscience et le sens culturel attribué à ces manifestations.

Si, dans notre domaine, il est difficile de tester la fausseté d'une hypothèse, la confrontation entre les différentes théories permet de discriminer celles de plus grande valeur heuristique. Ainsi, l'étude historique permet d'écarter deux positions, liées l'une à l'autre, souvent défendues : la première considérant l'hystérie comme résultant d'un certain état de la société et limitant son développement à la fin du XIX^e siècle parisien ; la deuxième attribuant ses symptômes à la crédulité des médecins, au premier desquels il faudrait placer Charcot. Comme lui, il faut conclure que l'hystérie a existé en tout lieu et en tout temps.

Les trances rituelles

Les trances rituelles sont des constructions qui diffèrent des manifestations hystériques spontanées. Schématiquement, après expression de mouvements paroxystiques initiaux, ceux-ci sont reconnus par la communauté qui en développe l'expression figurative et règle les circonstances de leur apparition. Les différents auteurs qui, à partir des travaux de l'École de la Salpêtrière se sont intéressés à ce phénomène, ont longtemps été perplexes. Ils ne savaient pas comment situer ces sujets par rapport à l'hystérie ne sachant pas s'il fallait ou non les reconnaître comme malades. En réalité, à travers ces interrogations, la question de l'affection elle-même, mouvement critique appelant à l'interprétation, se trouve posée. Contrairement à ce qui est classiquement affirmé, le terme d'hystérie, au moins en ce qui concerne les manifestations paroxystiques, ne désigne pas une réalité mouvante mais bien au contraire un phénomène clinique immuable faisant l'objet d'un conflit d'interprétations. À cet égard, les données anthropologiques sont d'une importance capitale. Le survol effectué chez différents auteurs confirme que les facteurs culturels ne sont pas premiers : l'hystérie explique les trances rituelles et non pas celles-ci qui, accidentellement, se transforment sur un mode pathologique. S'il est vrai que la clinique de l'École de la Salpêtrière a été une forme d'hystérie de culture, elle a néanmoins permis d'appréhender au mieux le sens de l'affection. Comme l'a montré Roger Bastide, les trances rituelles résultent d'un long processus d'apprentissage, les populations concernées étant en mesure de distinguer, le plus souvent, entre manifestations paroxystiques spontanées et celles qui résultent de l'intégration de facteurs culturels (Bastide, 1972, p. 832–839).

Ce qui est premier est, révélateur de processus inconscients, la capacité du psychisme à la dissociation, au sens de Janet et Freud. Ce phénomène suscite des interprètes : dans un grand nombre de cultures – dès la préhistoire, selon J. Clottes et D. Lewis-Williams (1996) – cette fonction est portée par le chamane, personnage à la fois reconnu par la communauté et en même temps marginal, le plus souvent lui-même autrefois malade, et qui acquiert sa

capacité après un très long apprentissage initiatique (Eliade, 1951). Ainsi se trouve favorisée la naissance d'une mythologie visant initialement à donner sens aux phénomènes perçus au cours de l'épisode critique. La constatation de transes dans la quasi-totalité des civilisations, comme les interprètes qu'elles suscitent, permet également de récuser la critique faite à la psychanalyse, d'être fondée sur des hypothèses non vérifiées.

De la clinique médicale à la psychopathologie

Les travaux de l'École de la Salpêtrière sont à l'origine des deux courants parallèles de travaux au XX^e siècle qui renoncent à un modèle lésionnel de l'hystérie. D'un côté, à partir de la clinique de l'hystérie, Ribot, Janet, Binet et Freud posent les fondements de la psychopathologie, de la psychologie clinique et de la psychanalyse ; de l'autre, Babinski considère l'affection uniquement en termes négatifs. En 1901, postulant l'identité des symptômes hystériques et des effets de la suggestion, il réduit l'affection à un trouble de la suggestibilité (le pithiatisme) et, ce faisant, il se rapproche des positions de Bernheim pour, nouveauté importante et contrairement à ce dernier, exclure l'hystérie de la clinique médicale (Babinski, 1901). Il oppose dans l'examen clinique les signes objectifs témoignant d'une lésion aux signes subjectifs dont le modèle est l'attaque hystérique car, « quoique se présentant à la vue, elle est liée à des représentations mentales » (Babinski, 1904). En l'absence de lésion, une maladie véritable ne saurait se développer ; cette position fait du patient un simulateur semi-conscient (Babinski, 1906). Dès lors, en médecine, l'hystérie non reconnue en tant que telle, apparaît seulement comme un diagnostic d'élimination.

Les positions critiques de Bernheim à l'égard de Charcot ont influencé Freud. Si la suggestion a été reconnue par l'École de la Salpêtrière (Charcot, 1882a, 1882b), Bernheim constate qu'elle est un phénomène d'ordre général fondé sur l'hallucination négative, ne concernant pas les seuls hystériques (Bernheim, 1891, p. 123–137). La condition préalable de production de symptômes (initialement une rêverie hallucinatoire) est la capacité pour le patient de ne pas percevoir des signes de son environnement immédiat. Inversement, le psychothérapeute, en induisant une hallucination négative des symptômes, favorise leur disparition. Ce faisant, Bernheim est le premier à établir aussi radicalement l'absence de solution de continuité entre le normal et le pathologique, source du fondement anthropologique de la psychanalyse. Dans cette perspective, Freud étend les constatations cliniques observées chez les hystériques en crise, à l'ensemble des êtres humains : le mécanisme de formation du rêve étant identique à celui de production des symptômes dans l'attaque (Freud, 1900 a, p. 662).

Crise hystérique et origine des affects

S'il ne paraît pas très utile de reprendre ici la théorie psychanalytique de l'hystérie dans son ensemble, question largement documentée par ailleurs, quelques remarques s'imposent sur les liens entre l'origine des affects et les accès hystériques.

Situation depuis longtemps caduque pour la médecine des organes, les premiers auteurs disposant des mêmes moyens d'investigation qu'aujourd'hui, leurs travaux n'ont rien perdu de leur actualité. Si, jusqu'au milieu du XIX^e siècle, les crises ont eu une valeur paradigmatique, après l'essor de la psychopathologie, avec les travaux de P. Janet et Freud, l'accent s'est trouvé déporté d'abord vers les représentations mentales à l'origine des symptômes et, secondairement, vers l'organisation sous-jacente du psychisme. Aujourd'hui les moments de paroxysme, difficiles à percevoir, restent insuffisamment connus. Ainsi, J. Laplanche, comme il est possible de le constater du reste l'Index général des

Problématiques (Laplanche, 1987, p. 172–200), n'a jamais consacré de développement aux *hysterischen Anfallen* pas plus qu'il n'a cité l'article de Freud sur ce thème. Il n'y a pas d'entrée pour accès hystérique ni dans le *Vocabulaire de la psychanalyse* de J. Laplanche et J.-B. Pontalis (1967) ni dans le *Dictionnaire de la psychanalyse* d'Elizabeth Roudinesco et de Michel Plon (1997) ni dans le *Dictionnaire international de la psychanalyse* d'Alain de Mijolla (2002).

En 1909, Freud rappelle que les accès hystériques assurent moins une fonction de décharge qu'elles ne constituent une action, il en précise la nature sexuelle et consacre, par ailleurs, des développements spécifiques à leur répétition (Freud, 1909). Celle-ci renvoie, de fait, à une distinction déjà ancienne : si l'accès épileptique est une décharge conduisant à l'anéantissement, la crise hystérique, par contre, est en même temps recherche de satisfactions, l'affect étant éprouvé aussi bien par le sujet que par ses objets.

L'accès hystérique doit être évalué en fonction de trois axes : l'atteinte du corps, le débordement de l'affect et le bouleversement de la conscience, l'ensemble constituant une voie privilégiée pour percevoir des processus psychiques autrement inconscients. Ce mouvement critique témoigne moins d'un saut mystérieux du psychique dans le somatique que d'une chute, sans doute à l'origine de l'*homo sapiens sapiens*, du psychique dans le langage.

Dans cette perspective, l'accès hystérique est le prolongement et la différenciation dans l'espèce humaine des mouvements, anticipations d'action, décrits pour la première fois par Charles Darwin en 1872, accompagnant l'expression de l'émotion chez les animaux et l'homme (Darwin, 1872). L'accès hystérique s'ouvre par des expressions motrices de l'affect antérieures au langage (on en trouve un équivalent également chez l'*infans* qui s'exprime au moyen de manifestations corporelles variées) pour se clore par l'expression verbale. Pour reprendre les termes de P. Richer, au « délire d'action » succède le « délire de mémoire » (Richer, 1885, p. 117). Si la parole libère, c'est parce que, permettant un mode de communication plus différencié, elle rend caduc le recours aux signes somatiques. Un mode de communication plus satisfaisant ayant été trouvé, le pantomime devient inutile. De ce fait, l'affection paraît constitutive de l'humain et c'est pourquoi des modèles issus de l'expérimentation avec des animaux de laboratoire ont beaucoup de difficultés à en rendre compte. Que ce mouvement paroxystique soit également un destin de l'affect offre un modèle de compréhension du *mind-body problem*. En règle générale, toute émotion associée à son contenu psychique une expression somatique, le plus souvent à composante motrice. Chez les animaux, avant de se porter à la face, elle est ressentie dans les flancs. Il en va de même pour les affects humains.

En 1994 Antonio R. Damasio formule l'hypothèse des marqueurs somatiques abdominaux (Damasio, 1994, p. 215–258). Dans un premier temps, il constate que : « les émotions sont, par essence, constituées par des changements survenant dans l'état du corps, induits dans ses nombreux organes par les terminaisons nerveuses issues d'un système neural spécifique, lorsque celui-ci répond aux pensées évoquées par un phénomène ou un événement donné » (Damasio, 1994, p. 183). Ce faisant, il inscrit sa démarche dans le prolongement des travaux de Darwin et de Duchenne de Boulogne (Damasio, 1994, p. 186–187). La perception des émotions ne saurait être exclue des processus cognitifs car elle en constitue un élément fondamental (Damasio, 1994, p. 207). L'hypothèse des marqueurs somatiques est fondée sur la constatation que la visualisation même fugitive des conséquences néfastes d'une réponse que l'on pourrait donner entraîne une sensation déplaisante au niveau du ventre (Damasio, 1994, p. 224–225). Les marqueurs somatiques permettent de percevoir les émotions secondaires qui ont été reliées, par apprentissage, aux conséquences prévisibles de certains scénarios. Ils jouent donc le rôle d'un

« signal d'alarme » pouvant fonctionner de façon cachée, sans se manifester dans le champ de la conscience en informant le cerveau par une transmission neuroendocrinienne et constituent une aide à la décision sans se substituer à la délibération. Leur existence confirme la nécessité de se représenter sa propre psychologie comme celle des autres pour permettre la vie sociale (Damasio, 1994, p. 225–227). Les marqueurs somatiques ont été élaborés dans le cerveau au cours de la socialisation par l'établissement de liens entre des stimuli et des états somatiques et sont acquis par expérience individuelle sous l'égide de l'homéostasie interne et sous l'influence de contraintes externes (événements, conventions sociales et règles éthiques). Si l'essentiel du répertoire se constitue dans l'enfance, il continue à s'enrichir la vie durant (Damasio, 1994, p. 229–233).

Le système neural le plus important pour l'acquisition d'une gamme de marqueurs somatiques se trouve dans le cortex préfrontal. Ce dernier, avec l'amygdale, détermine : « un profit particulier de l'état du corps, lequel engendre à son tour des signaux qui sont acheminés jusqu'au cortex somatosensoriel, pour passer ensuite dans le champ de l'attention et de la conscience » (Damasio, 1994, p. 237). Dans le mécanisme alternatif, le corps est court-circuité, l'amygdale et le cortex préfrontal poussent le cortex somatosensoriel à intervenir en fonction de « mécanismes de simulation des états somatiques » (Damasio, 1994, p. 237–238). Sans être suffisants à eux seuls, les marqueurs somatiques peuvent se manifester de façon consciente ou inconsciente pour aider à la décision (Damasio, 1994, p. 239–255). Pour conclure : « Les pulsions biologiques, les états du corps et les émotions constituent sans doute le substrat indispensable de la faculté de raisonnement » (Damasio, 1994, p. 257).

Ces conceptions décrivent un processus neuroendocrinien parallèle à la clinique de l'accès hystérique. Ce dernier, rêve diurne incarné, diffère de celui de la nuit, d'une part, parce que des signes moteurs sont présents, et d'autre part, s'adresse toujours à un interlocuteur au moins, ce dernier étant placé en position d'interprétant au sens de Charles S. Peirce (1978, p. 121). Dans l'accès hystérique, reliquat d'un mode de communication antérieur au langage qui signe le passage de l'instinct à la pulsion, il faut distinguer, comme pour le rêve, le noyau de la crise – la suffocation de la matrice – invariant dans le temps comme dans l'espace, du récit qui en est donné et qui reprend nombre d'éléments culturels. L'interlocuteur du sujet hystérique, quoiqu'il en dise, est nécessairement porté à donner sens aux manifestations qui lui sont adressées en fonction de son propre imaginaire, autre origine du conflit caractéristique des interprétations. La relation du sujet hystérique au clinicien retrouve un écho des liens énigmatiques de l'*infans* à sa mère au sens de Jean Laplanche (1984) ; du sentiment de paralysie de pensée qui saisit parfois le psychanalyste comme le souligne Christopher Bollas (1981), amenant une tentative de négation de l'existence de l'affection et la recherche d'autres modèles ou, enfin, dans la perspective de Jacques Lacan dans la nécessité de produire un savoir (Lacan, 1991, p. 36).

L'hystérie dans la médecine contemporaine

Dans la clinique médicale contemporaine, l'hystérie n'est plus affirmée en tant que telle pour être définie à partir de critères négatifs : le concept de *convulsion pseudo-épileptique*, d'usage courant aujourd'hui, en constitue l'exemple le plus évident (Gram, Johannssen, Osterman, & Sillanpää, 1993). Malgré cela, les manifestations hystériques restent fréquentes dans des registres pathologiques variés dont l'étiologie reste souvent masquée : il en est ainsi de la *spasmophilie* décrite par Henri-Pierre Klotz (1947, 1948), des *fibromyalgies* (El-Hage, Lamy, Goupille, Gaillard, & Camus, 2006) et des *affections pseudo-myopathiques* mobilisées par l'émission Téléthon et enfin du *syndrome de fatigue chronique*

comme de l'ensemble de *syndromes médicaux inexplicables* (Peters et al., 1998). Il est vraisemblable que, au moins pour certains patients, des syndromes d'existence récente soient en rapport avec l'hystérie de conversion. Il en est ainsi des « électro-sensibles » (personnes présentant différentes manifestations fonctionnelles attribuées aux ondes électromagnétiques) comme des « misophones » (personnes intolérantes au moindre bruit et imposant le silence le plus absolu à leur environnement). Plus largement encore, pour des raisons de commodité, des médecins n'osent pas rectifier auprès du patient un diagnostic organique initial même quand l'erreur devient patente.

Plusieurs enquêtes épidémiologiques indiquent qu'environ 20 et 40 % des patients hospitalisés dans les services de médecine, le sont en raison de troubles hystériques (Weintraub, 1983). De façon plus précise encore, les crises pseudo-épileptiques sont fréquentes : suivant les auteurs, elles concernent de 10 à 20 % des patients considérés comme épileptiques ; le diagnostic initial n'étant parfois rectifié qu'après plusieurs années d'évolution (Gram et al., 1993 ; Benbabis & Allen Hauser, 2000). Il est indispensable de rappeler ces données car de nombreux auteurs, contre toute évidence, affirment la disparition de l'hystérie au XX^e siècle et utilisent cette assertion comme un argument décisif pour démontrer tant le caractère fallacieux de la clinique de Charcot que les conclusions de la psychanalyse.

Des symptômes d'apparence somatique à la dimension psychique

Par rapport à celles du XIX^e siècle, les descriptions contemporaines des convulsions pseudo-épileptiques n'accordent pas, dans leur ensemble, de place à la dimension psychique. Il est d'autant plus remarquable de relever, dans un certain nombre de travaux, l'insistance des auteurs à invoquer un abus sexuel survenu dans l'enfance, comme facteur étiologique essentiel. Il nous faut donc relever l'existence d'un écart entre la description écrite, où seule est mise en évidence le parallèle entre épilepsie et hystérie, et la réalité d'une clinique où au décours des crises, ces patients, comme ceux de Charcot déjà et sans doute également ceux des médecins hippocratiques, verbalisent leurs représentations mentales.

Nombre de syndromes médicaux inexplicables sont des récits construits par les patients comme métaphores d'affections organiques : le syndrome de fatigue chronique emprunte au Sida, alors que la fibromyalgie ou certaines expressions pseudo-myopathiques se modèlent sur de prestigieuses atteintes génétiques rares. Comme il est fréquent de le constater lors de consultations, même si ces patients, en s'exprimant, mettent l'accent sur les interprétations de leurs troubles suggérées par les médecins, il n'est pas malaisé de remonter aux symptômes initiaux qui sont ceux de crises convulsives : angoisse douloureuse, perte d'équilibre, dérobement des jambes, atteintes paroxystiques d'apparence somatique, troubles de la conscience. La fatigue chronique est un euphémisme pour impuissance sexuelle difficilement reconnue en tant que telle chez l'homme. La clinique des troubles réagit de façon dialectique avec l'interprétation qui en est proposée : l'invariabilité des atteintes paroxystiques d'apparence somatique contraste avec les modifications du récit manifeste des patients. À cet égard, les forums spécialisés d'Internet offrent pour nombre de personnes une issue à l'angoisse en formalisant des symptômes déjà présents, en suggérant une étiologie et en offrant le soutien d'un groupe au sein duquel les identifications hystériques ne font pas défaut.

Conclusion

À l'époque contemporaine, c'est dans le cadre de travaux de psychologie clinique et de psychanalyse qu'est désormais déve-

loppée la théorie de l'hystérie. Le paradoxe étant ici que l'insistance apportée aux fonctions mentales a fait passer au second plan le retentissement, sur le corps, de troubles du psychisme, préoccupation initiale des cliniciens comme des patients. Parallèlement, si l'hystérie définit une catégorie spécifique de la psychopathologie, il n'est plus possible de rabattre cette dernière sur un modèle médical. En ce sens, la psychiatrie athéorique américaine est particulièrement limitée par son postulat initial de l'identité entre troubles psychiques et troubles somatiques. C'est ce qui explique que, à l'opposé de la psychanalyse où la psychopathologie est entièrement décrite à partir de la crise hystérique et de ses avatars, le DSM dans ses éditions successives ne tire sa cohérence que de l'exclusion de cette affection de sa clinique. La dernière version du manuel, le DSM-5 définit seulement un « syndrome neurologique inexpliqué » (American Psychiatric Association, 2015).

Aujourd'hui, avec les nouveaux moyens d'information et de communication, la place traditionnelle de l'écrit se trouve mise en cause, et à la civilisation du texte semble se superposer une civilisation de l'image qui tend à la supplanter. Or, il existe une étroite relation entre les expressions de l'hystérie et des représentations mentales, liées à des perceptions visuelles du corps féminin. La télévision, puis Internet, créent des mythes spécifiques, au premier rang desquels relevons la place faite aux extra-terrestres, nouvelle manifestation des forces de l'au-delà. L'insistance de nos sociétés à dénoncer les abus sexuels subi par les enfants, même si elle repose sur une réalité indiscutable, tend néanmoins à évoluer comme un autre mythe structurant qui s'actualise, comme dans les cultures sans écriture, à travers de nouvelles manifestations de transes : convulsions pseudo-épileptiques, personnalités multiples, symptômes médicaux inexpliqués ou, plus banalement, témoignages complaisants au cours de récits affectés produits à la télévision et enfin, diffusion de films ou de feuilletons mettant en scène ces fantasmes.

Cependant, par rapport aux structures classiques des mythologies façonnées au cours des siècles et reprises de génération en génération, au point que l'origine en soit parfois perdue, ces formes nouvelles se font ou se défont en l'espace de quelques saisons. Elles tendent d'ailleurs à s'organiser en récits peu structurés où le coupable se trouve désigné avec une véhémence croissante. Ces mises en scène de fantasmes de séduction traumatique, forment le lien entre l'histoire psychique individuelle et l'évolution des mentalités, au sens de l'École des Annales. Ainsi, à l'Époque contemporaine, nous retrouvons une continuité partant des méfaits attribués aux sorcières pour aboutir aux théories du complot perpétré en vue de la domination du monde par le démon et ceux qui le servent.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- Abricossoff, G. (1897). *L'hystérie au XVII^e et XVIII^e siècles (étude historique)*. Paris: G Steinhil.
- American Psychiatric Association (2015). *DSM-5, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, traduction française*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Babinski, J. (1901). Définition de l'hystérie. In J. Babinski (Ed.), *Œuvre scientifique, recueil des principaux travaux* (pp. 457–464). Paris: Masson.
- Babinski, J. (1904). Introduction à la sémiologie des maladies du système nerveux, des symptômes objectifs que la volonté est incapable de reproduire, de leur importance en médecine légale. *Gazette des hôpitaux*, 3–14.
- Babinski, J. (1906). La méthode en sémiologie. In J. Babinski (Ed.), *Œuvre scientifique, recueil des principaux travaux* (pp. 3–24). Paris: Masson.
- Bastide, R. (1972). *Le rêve, la transe, la folie*. Paris: Flammarion.
- Benbabis, S. R., & Allen Hauser, W. (2000). An estimate of the prevalence of psychogenic non-epileptic seizures. *Seizure*, 9(4), 280–281.
- Bernheim, H. (1891). *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie*. Paris: Doin.
- Bernheim, H. (1913). *L'hystérie, définition et conception, pathogénie, traitement*. Paris: Doin.
- Bollas, C. (1981). Comment l'hystérique prend possession de l'analyste, l'effet de conversion dans le contre-transfert, traduit de l'anglais par B. Bost. *Nouvelle Revue de psychanalyse*, 24, 279–286.
- Briquet, P. (1859). *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris: Baillière.
- Carroy-Thirard, J. (1981). *Le mal de Morzine, de la possession à l'hystérie (1857–1877)*. Paris: Solin.
- Catonné, J.-P. (1992). L'hystérie hippocratique. *Annales médico-psychologiques*, 150(10), 705–718.
- de Certeau, M. (1970). *La possession de Loudun*. Paris: Gallimard-Julliard.
- Charcot, J.-M. (1857). De l'expectation en médecine (thèse d'agrégation). In *Œuvres complètes, tome VIII* (pp. 3105–3347). Paris: Lecrosnier et Babée (1889).
- Charcot, J.-M. (1865). Sclérose des cordons latéraux de la moelle épinière chez une femme hystérique atteinte de contracture permanente des quatre membres. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 2^e série*(II), 24–35.
- Charcot, J.-M. (1872–1873). *Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière*. Paris: Delahaye.
- Charcot, J.-M. (1882a). Sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques. *Compte rendus hebdomadaires de l'Académie des sciences*, 44, 403–405.
- Charcot, J.-M. (1882b). Leçon d'ouverture. In J.-M. Charcot (Ed.), *Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière, tome III* (pp. 1–22). Paris: Delahaye & Lecrosnier.
- Charcot, J.-M. (1893). La foi qui guérit. *Archives de neurologie*, 25, 73–108.
- Charcot, J.-M., & Richer, P. (1887). *Les démoniaques dans l'art*. Paris: Macula (1984).
- Cheyne, G. (1773). *The English malady or a treatise of nervous diseases of all kinds*. Abingdon (UK): Taylor & Francis (2014).
- Clottes, J., & Lewis-Williams, D. (1996). *Les chamanes de la préhistoire : transe et magie dans les grottes ornées*. Paris: Le Seuil.
- Cullen, W. (1777). *Institutions de médecine pratique, traduites sur la quatrième et dernière édition de l'ouvrage anglais de M. Cullen, par M. Pinel*. Paris: P.-J. Duplain.
- Damasio, A. R. (1994). *L'erreur de Descartes, la raison des émotions, traduit de l'anglais par M. Blanc*. Paris: Éditions Odile Jacob.
- Darwin, C. (1872). *L'expression des émotions chez l'homme et les animaux, traduit de S. Pozzi & R. Benoit*. Paris: Reinwald & Cie (1874).
- Diderot, D. (1772). Sur les femmes. In D. Diderot (Ed.), *Œuvres* (pp. 949–958). Paris: Gallimard, La Pléiade.
- El-Hage, W., Lamy, C., Goupille, P., Gaillard, P., & Camus, V. (2006). Fibromyalgie, une maladie du traumatisme psychique ? *La presse médicale*, 35(1), 1682–1688.
- Eliade (1951). *Le chamanisme et les techniques archaïques de l'extase*. Paris: Payot (1968).
- Encyclopédie (1765). *Encyclopédie ou dictionnaire raisonné et des sciences des arts et des métiers, Tome huitième*. H.-I. Neufchastel Faulche.
- Fossati, P. (Ed.). (2015). *Imagerie cérébrale en psychiatrie : contributions physiopathologiques de la neuro-imagerie*. Paris: Lavoisier-Médecine sciences.
- Freud, S. (1900). L'interprétation du rêve. In *Œuvres complètes, psychanalyse, IV*. Paris: PUF (2003).
- Freud, S. (1905). Fragment d'une analyse d'hystérie. In *Cinq psychanalyses* (pp. 1–91). Paris: PUF (1970).
- Freud, S. (1909). Considérations générales sur l'attaque hystérique. In *Névrose, psychose et perversion* (pp. 161–165). Paris: PUF (1978).
- Freud, S. (1923). Une névrose diabolique au XVII^e siècle. In *Œuvres complètes, psychanalyse, XVI* (pp. 213–250). Paris: PUF (1991).
- Gram, L., Johannessen, S. I., Osterman, P. O., & Sillanpää, M. (Eds.). (1993). *Pseudo-epileptic seizures*. Petersfield: Wrightson Biomedical Publishing.
- Halligan, P. W., Bass, C., & Marshall, J. C. (Eds.). (2001). *Contemporary approaches to the study of hysteria: Clinical and theoretical perspectives*. Oxford: Oxford University Press.
- Institoris, H., & Sprenger, J. (1486). *Le marteau des sorcières*. Grenoble: Million (1997).
- Klotz, H.-P. (1947). Rôle des perturbations humorales dans certaines crises dites pithiatiques, contribution au démemberement de l'hystérie. *Médecin français*, 1, 6–7.
- Klotz, H.-P. (1948). *La spasmophilie de l'adulte, maladie psycho-organique*. Paris: Flammarion.
- Lacan, J. (1991). *Le séminaire, livre XVII, l'envers de la psychanalyse*. Paris: Éditions du Seuil.
- Landouzy, H. (1846). *Traité complet de l'hystérie*. Paris: Baillière.
- Laplanche, J. (1984). La pulsion et son objet source, son destin dans le transfert. In J. Laplanche (Ed.), *Le Primat de l'autre en psychanalyse* (pp. 227–242). Paris: Flammarion.
- Laplanche, J. (1987). *Problématiques V, le Baquet, transcendance du transfert, quadrigue*. Paris: PUF (1998).
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: PUF (2007).
- Lepastier, S. (1996). « Il faut bien se résoudre à évoquer l'hystérie ». *Revue française de psychanalyse*, 60(2), 499–519.
- Lepastier, S. (2004). *La crise hystérique, contribution à l'étude critique d'un concept clinique*. Lille: ANRT.
- Lepastier, S. (2009). Le paradigme hystérique. In P. Attigui (Ed.), *Épistémologie en psychanalyse* (pp. 49–108). Nanterre: Éditions de l'université Paris Ouest.
- Lévi-Strauss, C. (1949). L'efficacité symbolique. In C. Lévi-Strauss (Ed.), *Anthropologie structurale, I* (pp. 213–234). Paris: Plon.
- Maire, C.-L. (1985). *Les convulsionnaires de Saint-Médard, miracles, convulsions et prophéties au XVIII^e siècle*. Paris: Gallimard-Julliard.
- Mechanic, D., & Volkart, E. H. (1960). Stress, illness behavior, and the sick role. *American Sociological Review*, 26, 51–58.
- Mijolla, A. (2002). *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Paris: Calmann-Lévy.
- Nathan, D., & Snedeker, M. (1995). *Satan's silence: Ritual abuse and the making of a modern American witch hunt*. New York: Basic Books.
- Peirce, C. S. (1978). *Écrits sur le signe, rassemblés, traduits et commentés par G. Deledalle*. Paris: Éditions du Seuil.

- Peters, S., Stanley, I., Rose, M., & Salmon, P. (1998). Patients with medically unexplained symptoms: sources of patients' authority and implications for demands on medical care. *Social Science & Medicine*, 46, 559–565.
- Richer, P. (1885). *Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie, ou grande hystérie, avec lettre préface du Professeur J.-M. Charcot*. Paris: Delahaye.
- Roudinesco, E., & Plon, M. (1997). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: Fayard (2006).
- Roussillon, R. (1992). *Du Baquet de Mesmer au « baquet » de S. Freud, une archéologie du cadre et de la pratique psychanalytique*. Paris: PUF.
- Showalter, E. (1997). *Hystories: Hysterical epidemics and modern culture*. New York: Columbia University Press.
- Sydenham, T. (1774). *Traité de médecine pratique*. Paris: Didot.
- Vincent, J.-D. (1992). Masques et mémoires. *Revue Internationale de psychopathologie*, 5, 65–72.
- Weintraub, M. I. (1983). *Hysterical conversion reactions: A clinical guide to diagnosis and treatment*. New York: SP medical & scientific books.
- Wier, J. (1563). *Histoires, disputes et discours des illusions et impostures des diables, des magiciens infâmes, sorcières et empoisonneurs...* Paris: Aux bureaux du Progrès médical, Bibliothèque diabolique (1885).
- Wilson-Barret, J., & Trimble, M. R. (1985). An investigation of hysteria using the illness behaviour questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 146, 601–608.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


Recherches et réflexions

Les processus primaires et secondaires selon Freud : actualité et pertinence du concept et de sa mesure pour la clinique



The Freudian concepts of primary and secondary process: What's new concerning their clinical relevance and measurement

M. De Gélis^{a,*}, A. Parrent^b, A. Bazan^c^a Faculté des sciences psychologique et de l'éducation, université libre de Bruxelles (ULB), app 3, 765, avenue Champagneur, H2V3P, Outremont, Montréal, Québec, Canada^b Centre hospitalier régional universitaire de Lille, 59000 Lille, France^c Faculté des sciences psychologique et de l'éducation, université libre de Bruxelles (ULB), 1050 Bruxelles, Belgique

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Disponible sur Internet le 30 janvier 2017

Mots clés :

 Processus primaire
 Freud
 Psychose
 GeoCat
 Brakel

R É S U M É

Dans son approche de l'appareil mental, Freud (1900/2003, 1915/1968) propose l'existence de deux régimes complémentaires de l'appareil mental en concurrence perpétuelle : celui sur le mode du processus primaire et celui sur le mode du processus secondaire. Le mode primaire correspond à un mode de pensée associatif, typique de la vie mentale inconsciente. Le mode secondaire, quant à lui, correspond à un mode de pensée plus élaboré et rationnel qui s'appuie sur les éléments de la réalité pour venir inhiber ces associations superficielles et sélectionner celles en adéquation avec le contexte (Freud, 1895/1956 ; 1900/2003). En 2000, Linda Brakel et ses collègues membres de l'équipe d'Howard Shevrin mettent en place le Geometrical Categorization Task (GeoCat) à l'université du Michigan. Ils partent du principe que la logique du processus primaire établit des associations sur la base d'attributs superficiels (ex. formes, contours, couleurs, etc.), tandis que le processus secondaire établit, des jugements de similarité sur base d'une analyse contextualisée, basée sur le principe de réalité et donc de la configuration totale des objets ou de mots (Brakel, Kleinsorge, Snodgrass et Shevrin, 2000 ; Bazan, 2007a). Le GeoCat prend appui sur la théorie cognitive des catégorisations (Medin, Goldstone et Gentner, 1990) selon laquelle il existe deux types de jugement de similarité : ceux de similarité relationnelle (REL) ou ceux de similarité attributionnelle (ATT). Il est proposé qu'un choix sur base d'une similarité ATT reflète un traitement psychique sur le mode du processus primaire et qu'un choix sur base d'une similarité relationnelle, de type configurationnelle (REL), reflète un traitement psychique sur le mode du processus secondaire (Brakel et al., 2000). Cet outil se veut donc capable de différencier la dominance de la modalité primaire ou secondaire du fonctionnement mental de base d'un sujet au moment de la passation. De nombreuses études empiriques ont été menées avec le GeoCat selon le même principe : lorsque la théorie psychanalytique freudienne prédit une prédominance de traitement psychique sur le mode du processus primaire, on s'attend à retrouver une prédominance de réponses ATT. Spécifiquement, Freud (1900/2003) suggère que la prédominance du processus primaire émerge avec un *Moi* moins fonctionnel : il serait non fonctionnel dans l'inconscient (Freud, 1895/1956) ; immature en début de vie (Freud, 1900/2003) ; et structurellement mis à mal dans la régression anxieuse (Freud, 1895/1956 ; 1926/2015) ou dans la psychose (Freud, 1895/1956 ; 1900/2003). Jusqu'à présent, le GeoCat met en évidence une mobilisation plus importante de réponses ATT dans tous les cas de figure pressentis par Freud (respectivement Brakel et al., 2000, 2002 ; Brakel et Shevrin, 2005 ; Bazan et al., 2013). Nous développerons particulièrement le cas de la psychose qui a été étudié empiriquement à plusieurs reprises (Parrent, 2011 ; Bazan et al., 2013).

© 2016 Association In Analysis. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : maxdegel@ulb.ac.be (M. De Gélis).

A B S T R A C T

Keywords :
Primary process
Freud
Psychosis
GeoCat
Brakel

Sigmund Freud (1900/2003, 1915/1968) proposes a mental apparatus based on two complementary ways of functioning: the primary process mode and the secondary process mode. The former refers to an associative mode of thought, typical of unconscious mental life. The secondary process refers to an elaborate and rational mode of thought, which uses elements of reality to select the items from the primary process that are consonant with it and inhibit the ones that are not (Freud, 1895/1956; 1900/2003). In 2000, Linda Brakel, Howard Shevrin and colleagues at the University of Michigan designed the “Geometrical Categorization Task” (GeoCat). They propose that the logic of Freud’s primary process establishes similarity on the basis of superficial attributes (e.g. forms, outlines, colors, etc.), whereas the secondary process establishes similarity on the basis of a contextualized analysis of stimuli based on the reality principle, i.e. on the total configuration of the objects or words (Brakel, Kleinsorge, Snodgrass et Shevrin, 2000; Bazan, 2007a). The GeoCat is based on a cognitive theory of categorization (Medin, Goldstone et Gentner, 1990) proposing two types of similarity judgments: an attributional judgment (ATT) and a relational judgment (REL). The idea now is that a choice based on ATT similarity reflects a mental functioning on a primary process mode and that a REL (configurational) similarity reflects a mental functioning on a secondary process mode. Many empirical studies have been conducted with the GeoCat. They all have the same reasoning: each times the Freudian psychoanalytic theory predicts a predominance of the primary process mode, more ATT choices are expected on the GeoCat. Specifically, Freud (1900/2003) suggests that the primary process mode predominates when there is a diminished Ego function: this is the case in the Unconscious (Freud, 1895/1956); in early life when the Ego is not yet (fully) elaborated (Freud, 1900/2003); and in anxious regression (Freud, 1895/1956; 1926/2015) or in psychosis (Freud, 1895/1956; 1900/2003) where the Ego-functions are structurally unstable. So far, the results with the GeoCat show a significant dominance of ATT responses in all the cases proposed by Freud (respectively Brakel et al., 2000; 2002; Brakel & Shevrin, 2005; Bazan et al., 2013). We will develop more precisely the case of primary process mentation in psychosis through a couple of empirical studies (Parrent, 2011; Bazan et al., 2013).

© 2016 Association In Analysis. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Il y a peu de concepts psychiques qui ont à ce point réussi la gageure de se prêter avec bonheur à la description de la réalité clinique et, en même temps, d’être saisis, pensés et visualisés par les approches neuroscientifiques, ainsi que finalement, de se prêter autant à la mesure avec une diversité d’outils empiriques, que les concepts de processus primaire et secondaire. Quand Freud (1895/1956) commence l’écriture fiévreuse de son « Esquisse pour une psychologie scientifique », c’est sur la description de cette paire de processus qu’il ouvre sa proposition pour une architecture de l’appareil mental. Ces deux processus, qui n’existent d’ailleurs que l’un par rapport à l’autre, forment la véritable charpente d’une psyché qui demande à être pensée pour et par elle-même, tant elle s’émancipe de la biologie dont elle émerge, que du social en fonction duquel elle émerge. D’autres concepts viendront dans l’élaboration de son œuvre, puis dans celle de Jacques Lacan, construire et organiser cette maison psychique de l’humain, tels le refoulement, le signifiant et la compulsion de répétition. Mais les deux axes fondateurs, l’un à l’horizontale par associativité, l’autre à la verticale pour la prise de perspective, sont d’abord respectivement les processus primaires et les processus secondaires. Dans ce qui suit, nous proposons un survol de leurs définitions et de leur actualité en neurosciences. Nous proposerons, finalement, un instrument qui permet leur mesure de façon facile, non linguistique et rapide, ledit instrument « GeoCat ».

Les processus primaires et secondaires

Freud (1900/2003 ; 1915/1968) propose l’existence de deux régimes mentaux complémentaires et en concurrence perpétuelle : les processus primaires et secondaires. Sous l’égide du processus primaire, l’énergie psychique des contenus mentaux s’écoule librement, en passant d’une représentation à une autre par des mécanismes caractéristiques tels que le déplacement ou la condensation. Le déplacement conduit à ce qu’une représentation, même insignifiante, puisse se voir attribuer la valeur psychique

d’une intensité aussi élevée qu’une autre (Freud, 1900/2003). Le mécanisme de condensation conduit à la possibilité qu’une représentation unique puisse englober la totalité des valeurs psychiques de toute une chaîne associative. La condensation et le déplacement conduisent à l’« l’identité de perception » (Freud, 1900/2003, p. 602). Les éléments nouveaux sont perçus comme similaires à ce qui a déjà été vécu antérieurement (Freud, 1900/2003). Le processus primaire permet ainsi d’identifier comme identique ou similaire des éléments qui n’ont de perception qu’un fragment ou qu’un « attribut » en commun. C’est grâce au processus primaire que, par exemple, une chaise vue de dos, de côté ou partiellement couverte d’un manteau ou d’un chat sera reconnue comme la même chaise à partir du fragment par laquelle elle est saisie. Le mode primaire correspond à un mode de pensée associatif, que l’on retrouve typiquement dans les dynamiques inconscientes. Il correspond à une « compulsion à associer » (Freud, 1895/1956, p. 245), qui se base sur des « associations superficielles » (Freud, 1900/2003, p. 452). Cette quête d’identité de perception implique l’identité des caractéristiques visuelles, mais aussi phonologiques : « un élément psychique est relié à un autre par une association choquante et superficielle » (Freud, 1900/2003, p. 481) comme l’« assonance, équivocité verbale [...], toutes les associations que nous nous permettons d’utiliser dans le trait d’esprit et le jeu de mots » (Freud, 1900/2003, p. 583). Le traitement en processus primaire est ainsi décrit comme le résultat de pensées qui « ont subi un traitement anormal [...] au moyen de la condensation, de la formation de compromis, en passant par des associations superficielles, en masquant les contradictions, en empruntant éventuellement la voie de la régression [...] » (Freud, 1900/2003, p. 653). Notons cependant que Freud (1900/2003, p. 660) précise que ce traitement primaire d’apparence irrationnelle n’est pas un traitement déficitaire : en effet, il correspond aux « modes de travail de l’appareil psychique libérés de toute inhibition ». Il ne s’agit donc pas d’un jugement hiérarchique ou moral : le processus primaire est essentiel à la pensée consciente ;

il en est d'ailleurs le point de départ, c'est lui qui amène le contenu utilisé pour la pensée.

En parallèle, « la réception, constamment répétée, de quantités endogènes (...) dans certains neurones (du noyau) et le frayage que cette répétition provoque, ne manquent pas de produire un groupe de neurones chargés de façon permanente et devenant ainsi le véhicule des réserves de quantités qu'exige la fonction secondaire » (Freud, 1895/1956, p. 341). Ce groupe de neurones chargés de façon permanente constitue l'instance du Moi. En d'autres mots, ce sont les premiers schémas de pensée mis en place suite aux premières expériences de satisfaction qui constituent la structure initiale de l'instance moïque. D'autres expériences s'ajoutent aux précédentes et produisent de nouvelles trajectoires qui élaborent la complexité du Moi. Le traitement mental est nécessairement de type primaire dans un premier temps. Or, comme le rappelle Ariane Bazan (2007a, p. 158), « le processus primaire suppose un monde inchangé : les caractéristiques perçues du stimulus activent les mêmes chemins neuronaux, indépendamment du nouveau contexte ». Lors de nouvelles expériences, il apparaît rapidement évident que ces schémas prédéfinis ne sont plus adéquats : ils ne mènent plus à la satisfaction des tensions mais potentiellement à l'expérience de déplaisir. C'est à cet endroit qu'intervient alors le processus secondaire dont le rôle est de maintenir ce « principe de constance » nécessaire au bon fonctionnement des instances psychiques (Freud, 1920/1965, p. 7). Pour ce faire, l'organisme psychique a besoin de prendre en compte le changement contextuel – c'est le « principe de réalité » – pour contrer les automatismes primaires et tendre vers une « identité de pensée » (Freud, 1900). Dans l'identité de pensée, le but de la pensée est maintenu actif mentalement (par exemple, la succion au sein chez le poupon), afin qu'il puisse, par son activité, vider la valeur de certaines représentations mentales dont le train associatif aurait un point de départ fort, mais pas nécessairement l'aboutissement souhaité. Freud (1895/1956) indique qu'un « investissement latéral » exercé par le but souhaité permet alors l'inhibition des facilitations primaires. En d'autres termes, la survie de l'organisme dépend de la possibilité d'aller du « tout azimut » du processus primaire vers l'action spécifique, possible grâce au processus secondaire. Bazan (2007a, p. 159) résume ce mécanisme comme suit : « si le processus primaire est celui qui fait agir de toutes les façons possibles, le processus secondaire est aussi celui qui permet de ne pas agir d'une certaine façon – c'est-à-dire qui permet l'inhibition ciblée ». Le processus primaire n'est donc que primaire face au processus secondaire, ils sont inéluctablement liés : même si un sujet mobilise le processus secondaire de manière plus importante, cela montre seulement la capacité du Moi à contrôler le matériel mental émergent du processus primaire. C'est ce contrôle secondaire qui « inhibe cet écoulement et en fait un investissement tranquille » (Freud, 1900/2003, p. 510).

D'autres auteurs ont contribué à la conceptualisation des dynamiques primaires et secondaires. Le psychanalyste américain David Rapaport (1951, p. 708) propose que le « pars pro toto » (« une partie pour le tout ») est également un mode d'activation associative utilisé par le processus primaire : « tout appartient à tout ce qui a un attribut en commun ». Les processus primaires peuvent associer deux éléments sur base d'un seul attribut, même minime, indépendamment du contexte ou de la temporalité dans lequel ils se trouvent. Le « pars pro toto » est donc une organisation métonymique, que Jacques Lacan (1966, p. 622) avait par ailleurs associée au mécanisme de déplacement : « la métonymie est cet effet rendu possible de ce qu'il n'est nulle signification qui ne renvoie pas à une autre signification ». Plus récemment, le psychanalyste René Roussillon (2007, p. 33) propose que le processus primaire décompose et associe les éléments à ce qui est

déjà connu selon leurs caractéristiques formelles, visuelles et phonétiques. Il décrit alors ce processus primaire comme le lieu du « tout, tout de suite, tout seul, tous ensemble ». Les éléments contraires, les « contrastes » cohabitent au sein du même ensemble.

Depuis quelques années, ces concepts freudiens ont été repris dans le contexte actuel des neurosciences. Bazan (2007a) propose une correspondance neurophysiologique entre les processus primaire et secondaire, et deux trajectoires néocorticales : les voies ventrale et dorsale respectivement (Ungerleider & Mishkin, 1982). La voie ventrale, voie de la reconnaissance des objets, code les propriétés visuelles intrinsèques de l'objet comme la forme, la couleur, ou encore la taille, alors que la voie dorsale traite la perception de l'espace, en reliant les différents objets d'une scène, les propriétés extrinsèques des objets. Bazan (2007a, b) appuie le parallèle sur l'argument de Freud (1895) selon lequel le mécanisme d'inhibition exercé par le Moi nécessite la prise en compte des « indices de réalité ». En effet, Bazan (2007a, b) propose que ces indices de réalité correspondent aux « copies d'efférence », concept développé par les neurosciences actuelles. Ces deux conceptualisations, freudienne et neuroscientifique, s'appuient sur le modèle physiologique d'inférence selon Hermann von Helmholtz. En effet, les « copies d'efférence » correspondent aux copies des commandes motrices envoyées vers le corps périphérique qui font un retour direct vers le système nerveux central. Les « indices de réalité » correspondent, quant à eux, aux messages efférents des neurones moteurs servant à la perception (par exemple, ceux qui innervent les muscles oculomoteurs), informant le système nerveux central qu'une décharge, c'est-à-dire une perception active, a bien eu lieu (Freud, 1895/1956). La voie dorsale, substrat de l'action intentionnelle adéquate, utilise les « copies d'efférence » pour l'organisation de l'action contextualisée (Blakemore & Sigrin, 2003 ; Desmurget et al., 1999), et de ce fait pourrait être considérées comme le corrélat neurophysiologique du processus secondaire, qui utilise les « indices de réalité ». Enfin, dans la reconnaissance de stimuli, la voie dorsale exerce un contrôle inhibiteur sur les activations de la voie ventrale (Friedman-Hill et al., 2003 ; Hamker, 2003 ; Rousselet et al., 2004), tout comme dans le modèle psychodynamique, le processus secondaire inhibe le processus primaire.

Ce modèle est compatible avec celui des neuroscientifiques Carhart-Harris et Friston (2010), qui proposent un parallèle entre l'énergie libidinale des processus primaires et l'énergie provenant des systèmes limbiques et paralimbiques qui circule librement au sein d'un large système cortical, ledit *default-mode network* (DMN). Ce DMN comprend le cortex médial préfrontal, le cortex cingulaire postérieur, le lobe pariétal inférieur, le cortex temporal latéral et inférieur et les lobes temporaux internes (Fig. 1).

Alors que le DMN est en activité métabolique à l'état de repos mental, cette activité est inhibée par l'inférence exercée lors d'une action cognitive dirigée vers un but (Raichle et al., 2001). Cette dynamique correspond alors au même rôle d'inhibition qu'exerce le processus secondaire dans le modèle freudien. En effet, rappelons que le mécanisme secondaire permet d'inhiber le « tout-azimut » du processus primaire pour tendre vers l'action spécifique en sélectionnant une réponse adéquate. Carhart-Harris et Friston montrent que dans les états « non ordinaires » de conscience, à savoir dans la psychose, les rêves, et les hallucinations, l'organisation hiérarchique, qui normalement contrôle le DMN, ferait défaut, laissant place à une suractivité limbique, et ce, malgré l'action dirigée. Dans ces situations non ordinaires, le DMN ne semble donc pas y être résorbé par l'action. En termes psychodynamiques, l'inhibition et la sélection, caractéristiques des fonctions secondaires, sont sous-fonctionnelles, laissant place à un fonctionnement primaire dominant.

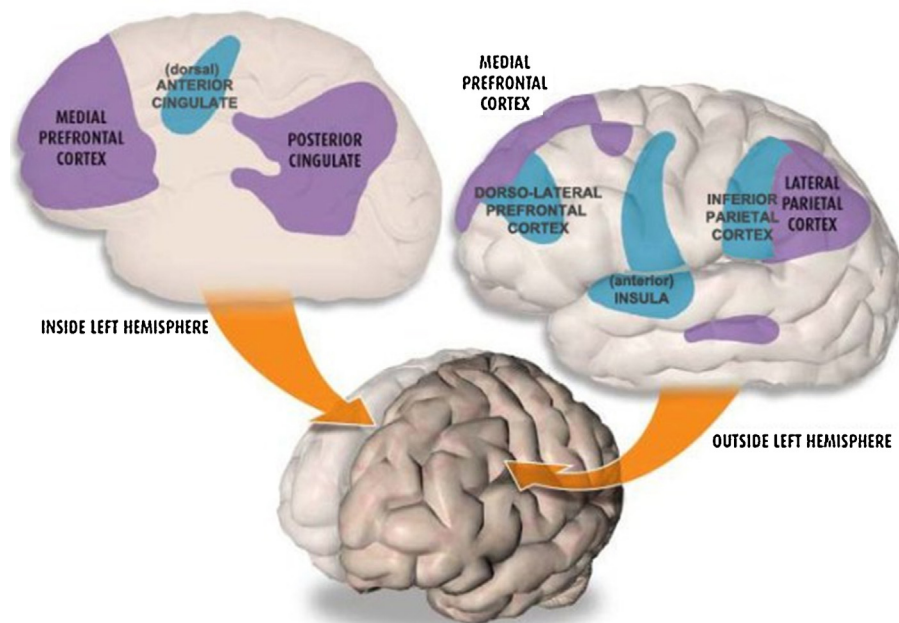


Fig. 1. Le « default mode network » désinhibé dans les   tats « non ordinaires » de conscience (Carhart-Harris et Friston, 2010) ; en mauve le DMN (cortex médial préfrontal, cingulaire postérieur, temporal latéral et inférieur et lobe pariétal inférieur, temporal interne), en bleu les zones impliquées dans l'attention visuelle (cortex préfrontal dorsolatéral, cingulaire antérieur, pariétal inférieur et insulaire antérieur). Quand l'attention visuelle s'éteint, un réseau de zones du cerveau non impliquées dans l'attention, viennent à s'allumer : le « default mode network ».

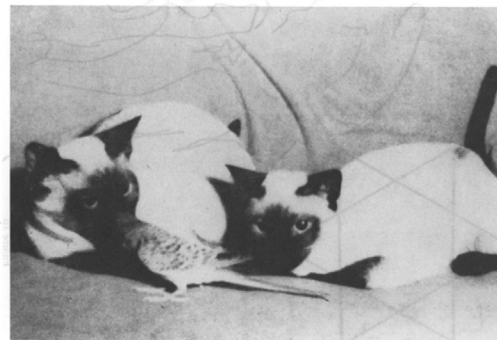
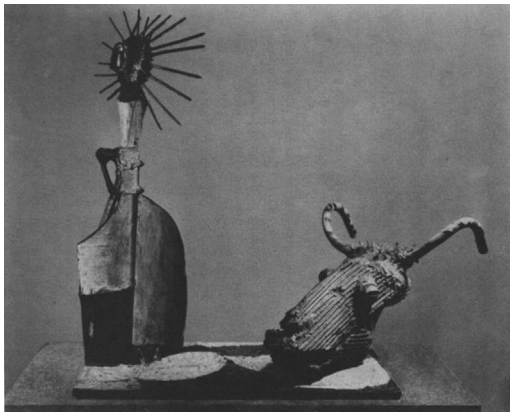


Fig. 2. Images complexes tirées de l'expérience de Poetzl (1917).

Mesures des processus primaires et secondaires

D'un point de vue clinique, nous pouvons observer le traitement sur le mode du processus primaire grâce aux quelques situations où l'Inconscient perce au niveau de la conscience en détournant les barrières de la censure. Ces moments « d'accomplissement du désir » (Freud, 1900/2003, p. 86) peuvent se retrouver dans les rêves, la psychopathologie de la vie quotidienne (lapses, actes manqués, etc.), dans la psychose ou encore dans la régression anxieuse. Le rêve demeure cependant la manifestation psychique où le fonctionnement primaire semble le plus évident.

Le rêve est un rébus

Selon Freud (1899-1900/2003), le rêve est teinté de pensées trop faiblement investies durant la journée pour en avoir une trace consciente. Ces éléments faisaient alors l'objet d'une régression vers les trames linguistiques dont ils sont issus originellement. Ce sont ces traitements qui caractérisent l'aspect irrationnel des rêves, puisqu'un même mot peut régresser sous forme d'images très différentes, du fait de l'ambiguïté du langage. Pour Freud

(1900/2003, p. 242), « le rêve est un rébus, nos prédécesseurs ont commis la faute de vouloir l'interpréter en tant que dessin ». Bazan (2007a, p. 116) en donne un exemple à travers l'analyse d'un rêve d'une patiente. Cette jeune femme, enceinte, rêve qu'elle roule dans un parking au volant d'une imposante voiture Mercedes. La route, en spirale, devient de plus en plus étroite. La voiture se voit coincée entre les murs. Par associations, la patiente raconte son rêve. Soudain, le signifiant « Mercedes » résonne comme « la mère cède ». Par cette énonciation, la patiente entame alors un discours autour des difficultés qu'elle ressent à propos de sa grossesse. En effet, elle doit défendre sa thèse de doctorat sous peu. L'accouchement et la défense de sa thèse rentrent donc en conflit et sont source d'angoisse pour la patiente : elle a peur que la mère ait à céder devant la chercheuse. Ce rêve est donc bien à lire comme un rébus : la Mercedes n'est pas à lire sur un versant sémantique mais à partir de la trame linguistique à laquelle les signifiants sont rattachés.

Depuis de nombreuses années, des recherches empiriques et non-cliniques d'approche psychanalytique ont été menées sur les processus de rêves. Par exemple, le psychiatre autrichien Otto Poetzl (1917) présente à des participants des images complexes au

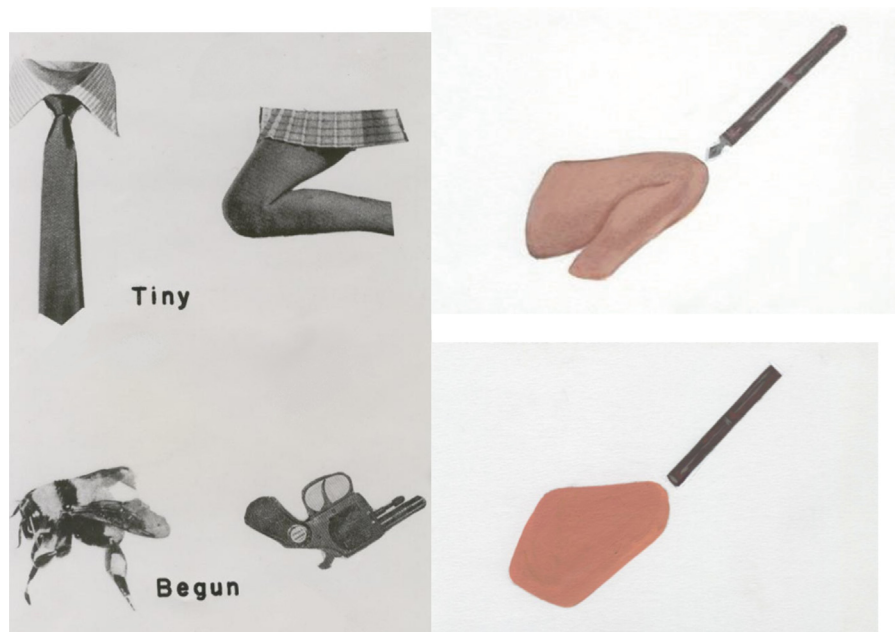


Fig. 3. Exemples de rébus mis au point par Shevrin et Luborsky pour l'expérimentation de l'« effet Poetzl » (1960) : en haut à gauche : *tie* et *knee* font *tiny* ; en bas à gauche : *beg* et *gun* font *begun* ; en haut à droite : *pen* et *knee* font *penny* ; en bas à droite : image contrôle du rébus *penny*).

tachistoscope pour son expérience intitulée « Induction expérimentale d'images de rêves comme illustration de l'analyse freudienne du rêve ». Son étude expérimentale consiste à montrer une image complexe (voir Fig. 2 ci-dessous) pendant un laps de temps de 10 millisecondes : cette présentation subliminale ne permet pas au participant de percevoir consciemment la complexité de l'image. Après avoir montré ces images à un niveau subliminal, il demande aux participants de dessiner ce qu'ils ont vu. À cause de la présentation en dessous du niveau de conscience, ils ne dessinent presque rien. Cependant, le lendemain, Poetzl leur demande de rapporter et de dessiner leurs rêves. Les éléments du stimulus, non perçus ou non retenus consciemment, ont alors tendance à figurer, souvent de façon déguisée ou transformée, dans les rêves de la nuit suivante, alors que les parties consciemment perçues en sont exclues. Cet effet est connu sous le nom de l'« effet Poetzl ».

Quelques années plus tard, Shevrin et Luborsky (1961) cet « effet Poetzl » au moyen de la technique dite du rébus, directement inspirée de l'« Interprétation du rêve » (Freud, 1900/2003). Shevrin et ses collègues présentent aux participants deux images à un niveau subliminal, juste avant qu'ils n'aillent dormir. L'image (voir Fig. 3, rébus de droite) se compose, par exemple, d'un genou (*knee*, en anglais) et d'un stylo (*pen*, en anglais). L'idée était que, dans le rêve, ces images pourraient s'associer au niveau de leur versant linguistique et former ainsi le nouveau mot, *penny*, qui donnerait lieu à son tour à des associations propres.

Les sujets réveillés après une phase de sommeil non-REM¹ font des associations sémantiques ou conceptuelles, et donc un traitement typique du mode secondaire : il s'agit d'associations concernant le « stylo » (par exemple : écrire, papier, etc.) ou le « genou » (par exemple : marcher, jambe, etc.). Par contre, les sujets réveillés après une phase de sommeil REM² font des associations phonologiques, donc sur le mode du processus primaire : il s'agit d'associations reprenant par exemple les mots *any* ou *neither* pour

knee, et les mots *open* ou *pennant* pour *pen*. Finalement, les participants réveillés après la phase REM font significativement plus d'associations au signifiant « argent » (*penny*, en anglais) que les participants de la condition contrôle. Pour expliquer ce résultat, il faut supposer que les deux phonèmes *pen* et *knee* ont subi une condensation phonémique de type rébus, typique du processus primaire, mais seulement après la phase REM, la phase du sommeil où l'on rêve intensément. Une réplique plus récente avec un rébus allemand *Kampfloss* (« pacifiquement » en Allemand, et constituant un rébus à partir des mots *Kamm*, « peigne » et *Floss*, « radeau » ; Steinig, 2011) confirme ce résultat.

Les instruments cliniques

En parallèle à ces recherches fondamentales, une tradition d'études plus cliniques a également vu le jour. Par exemple, Rapaport, Gill et Schafer (1945–46) ou encore Holt (Holt et Havel, 1960 ; Holt, 1977, 2002) identifient les processus primaires dans le protocole du Rorschach. Le psychologue américain Robert Holt (2009) publie d'ailleurs un manuel, le « PRIPRO-system », qui permet de coter les caractéristiques formelles et sémantiques des mécanismes du processus primaire dans le protocole du Rorschach, dans la production de récit du Thematic Apperception Test (T.A.T.) ou encore dans l'association libre. Martindale (1975, 1990/2003) ont développé une méthode informatisée qui permet d'analyser les caractéristiques de contenu d'une variété de textes : le « Regressive Imagery Dictionary ». Ce dictionnaire se compose de 3200 mots, soit appartenant à la catégorie du processus primaire soit secondaire. Ainsi, les mots faisant référence aux sensations (douceur, peur, goût, etc.) ou encore à l'altération de la conscience (rêve, dormir, se réveiller, etc.) feraient plutôt référence aux dynamiques primaires alors que ceux faisant référence aux comportements sociaux (dire, appeler, etc.) ou à la temporalité (quand, maintenant, après) seraient de l'ordre du processus secondaire. Ces méthodes cliniques ont cependant le désavantage d'être complexes et de nécessiter une expertise fine dans l'analyse et l'interprétation du discours. Ils exigent une formation propre à leur utilisation, et dès lors, ne permettent pas de sortir de la critique de circularité d'Adolf Grünbaum (1993) à

¹ La phase non-REM (REM pour « rapid eye movement ») correspond à la phase non paradoxale du sommeil.

² La phase REM ou paradoxale est la phase durant laquelle survient la majorité des rêves.

l'encontre de la psychanalyse, c'est-à-dire, qu'elle n'arrive qu'à se prouver à travers ses propres méthodologies.

Le Geometrical Categorization Task

En 2000, Linda Brakel dans l'équipe de Shevrin à l'université du Michigan conçoit le *Geometrical Categorization Task*, le dit « GeoCat ». Le fondement théorique repose sur l'idée que les processus primaires et secondaires sont deux modes distincts de l'organisation mentale qui imprègnent le fonctionnement cognitif quotidien. Ces deux modes psychiques sont alors considérés indépendamment des contenus de pensées spécifiques. Cet instrument s'inspire de la théorie cognitive de la catégorisation par similarité (Smith & Medin, 1981 ; Murphy & Medin, 1985 ; Medin, Goldstone et Gentner, 1990). Selon ces cognitivistes américains, il existe deux procédés cognitifs qui permettent une catégorisation de similarité : le jugement par similarité dite « attributionnelle » (ATT) et celui par similarité dite « relationnelle » (REL). La similarité attributionnelle reflète la ressemblance de caractéristiques concrètes et perceptuelles alors qu'un jugement de similarité relationnelle se fait sur base de la similarité des relations entre les composantes. Prenons comme exemple la préférence de similarité dans visage humain : la couleur, la forme des yeux, du nez ou de la bouche ou encore la couleur de la peau correspondent aux attributs de ce visage ; les notions telles que la distance entre les deux yeux, la couleur d'un œil par rapport à l'autre, la taille du nez en comparaison avec celle de la bouche correspondent, quant à elles, à la notion de relation. Les propriétés relationnelles sont jugées plus importantes que les propriétés attributionnelles lors d'une tâche de jugement de similarité auprès de participants adultes (Medin et al., 1990).

Construction de l'instrument

En s'appuyant sur ces théories cognitives, Linda Brakel (2000) met en lien la catégorisation attributionnelle avec le processus primaire et la catégorisation relationnelle avec le processus secondaire. Son argument s'appuie sur un double constat. Tout d'abord, la catégorisation « attributionnelle » est un mode de catégorisation cognitive dans lequel les stimuli sont classés par associations sur base des attributs perceptifs qui le constituent. Ce jugement peut alors être considéré comme correspondant à ce que Freud nomme l'« identité de perception » qui, régie par le principe du « pars pro toto », est mobilisée dans les processus primaires. D'autre part, la catégorisation relationnelle est un mode cognitif de catégorisation qui s'appuie sur les relations logiques entre les stimuli. L'« identité de pensée », qui caractérise le processus secondaire, peut elle aussi être conçue comme une catégorisation relationnelle. En effet, Freud (1900/2003, p. 657) rappelle que « le penser doit nécessairement s'intéresser aux voies de liaison entre les représentations, sans se laisser égarer par les intensités de ces dernières ». Le cognitiviste américain Jérôme Bruner (1986, p. 12–13) appuie cette idée en indiquant que le processus de pensée secondaire « emploie la catégorisation où la conceptualisation et les opérations par lesquelles les catégories sont établies [...] et reliées les unes aux autres pour former un système »³. Le type de similarité relationnelle utilisé comme révélateur du processus secondaire dans le GeoCat est plus spécifiquement la « similarité configurationnelle ». En effet, c'est bien le processus secondaire qui permet de faire des distinctions spatiales et temporelles ; le processus primaire étant justement caractérisé par la confusion spatiotemporelle. Anna Freud (1936/2009, p. 10), par exemple,

indique spécifiquement que dans les dynamiques primaires, « aucune synthèse n'y relie les représentations, les affects y sont mouvants, les contrastes, loin de se gêner mutuellement, *coincident parfois et des condensations s'y produisent*. » (Italiques ajoutées). Quant au psychanalyste français Jean Bergeret (1972, p. 63), il décrit le déplacement comme « l'écoulement, le glissement d'une énergie d'investissement le long d'une voie associative enchaînant diverses représentations, ce qui aboutit à faire figurer une représentation à la place d'une autre ». Il y a donc un rassemblement de représentations qui peut se faire à partir d'une simple ressemblance dans les dynamiques primaires, alors que le processus secondaire permet d'articuler la disposition de ces représentations dans l'espace et dans le temps. De même, Lacan (1964/1973, p. 40) écrit à propos du processus primaire que « ce qui s'y passe est inaccessible à la contradiction, à la *localisation spatio-temporelle*, et aussi bien à la fonction du temps » (italiques ajoutées). Ceci est également repris plus récemment par le psychiatre et psychanalyste grec Vassilis Kapsambelis (2005, p. 64) qui décrit un fonctionnement de type primaire où « aucune entrave, aucun lien logique ou déductif, *aucune contrainte spatiale ou temporelle*, ne viennent perturber le passage rapide d'une représentation à une autre. » (italiques ajoutées).

En résumé, alors que le logique du processus primaire établit un rapport de similarité grâce aux attributs, aux caractéristiques superficielles, aux composantes (formes, contour, couleur, etc.) plutôt qu'aux ensembles, le processus secondaire peut quant à lui être interprété comme établissant cette similarité sur base de la configuration totale des objets – ou des mots – grâce à sa capacité d'inhiber l'automatisme des connexions « artificielles » du processus primaire (Bazan, 2007b). Le GeoCat se veut donc capable de montrer, non pas la manifestation unique du processus primaire ou secondaire, mais bien le rapport de dominance de l'un par rapport à l'autre.

L'instrument se compose d'une planche sur laquelle se trouvent 6 triades, chacune composée d'une figure amorce et deux figures cibles (Fig. 4)⁴. L'une des figures cibles contient les mêmes éléments que la figure amorce, mais pas dans la même disposition spatiale ; c'est le choix ATT. L'autre respecte la disposition spatiale, mais les éléments sont différents ; c'est le choix de similarité configurationnelle, qui est un type de similarité relationnelle, indiqué REL. Il y a 4 séries de 6 triades. Les séries 1A et 1B ainsi que 2A et 2B sont, entre elles, identiques, sauf que les deux figures cibles sont à chaque fois inversées (gauche-droite) ; ceci contrôle les possibles effets de latéralisation dans le choix de cible. Pour les triades des séries 1A et 2B, nous retrouvons exactement les mêmes figures cibles tant dans la position de gauche que dans la position de droite. Cependant, à chaque fois qu'une figure spécifique représente un choix de cible ATT en 1A, il s'agit d'une cible REL en 2B, et à chaque fois qu'une figure spécifique représente une cible REL en 1A, il s'agit d'un choix ATT en 2B. Le même retournement se fait entre les séries 1B et 2A. Ceci contrôle les possibles effets de préférence pour la figure dans le choix de cible (si la figure est préférée entant que telle, on la choisira indépendamment du fait qu'elle soit ATT ou REL).

Validité du GeoCat

De nombreuses études cliniques (voir plus loin) et de validation (Vanheule et al., 2011) avec le GeoCat ont été menées. Celles-ci partent du même principe : lorsque la théorie psychanalytique freudienne prédit une prédominance de traitement psychique sur le mode du processus primaire, on vérifie alors si l'on retrouve chez

³ Traduction de l'auteur, version originale : « employs categorization or conceptualization and the operations by which categories are established [...] and related one to the other to form a system ».

⁴ Les formulaires et la permission pour l'utilisation de la version 1.3 peut être donnée par Linda A.W. Brakel (brakel@umich.edu) ou Ariane Bazan (Ariane.Bazan@ulb.ac.be).

Which figure, 1 or 2, is most similar to top central figure?

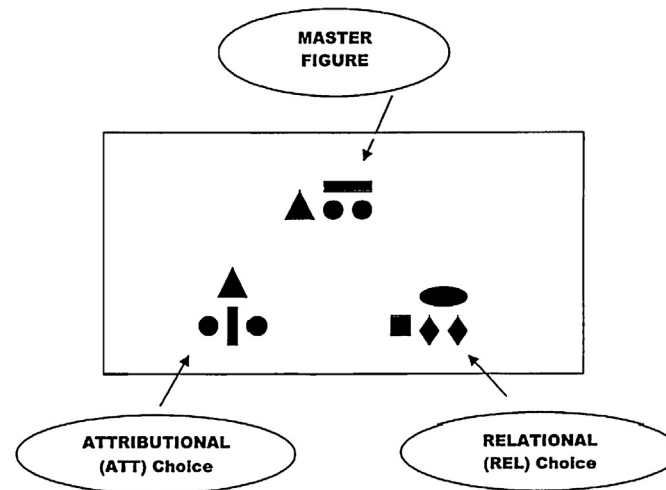


Fig. 4. Exemple d'une triade figure maîtresse-figures cibles d'un item du GeoCat (Brakel et al., 2000).

ces sujets une prédominance de réponses en termes de similarité attributionnelle (ATT).

Freud (1900/2003) avance que le processus primaire est caractéristique de la vie mentale inconsciente. En 2000, Brakel et ses collègues vérifient cette hypothèse par la méthode de l'amorçage subliminal. Ils présentent les stimuli du GeoCat, d'une part, de façon subliminale à 1 milliseconde et, d'autre part, de façon supraliminale à 40 ms. Les résultats montrent que les choix ATT ont été donnés en majorité en phase subliminale et les choix REL en phase supraliminale. Ces résultats (Brakel, Kleinsorge, Snodgrass et Shevrin, 2000) semblent converger avec la proposition freudienne.

Freud (1900/2003, p. 513) propose que « les processus primaires sont donnés dès le début, alors que les processus secondaires se forment peu à peu au cours de la vie, entravent les processus primaires, les recouvrent et n'établissent leur entière domination qu'à notre maturité ». Afin de mettre à l'épreuve cette hypothèse, Brakel présente son set expérimental à des participants âgés de 3 à 79 ans. Les résultats de cette recherche montrent une dominance significative des réponses ATT avant l'âge de 7 ans, suivi d'un *shift* vers cet âge là pour les réponses REL, qui restent stables sur le restant de la vie (Brakel et al., 2002).

En 2005, Brakel et Shevrin testent empiriquement l'hypothèse freudienne selon laquelle l'état d'angoisse mène les individus à mobiliser des défenses régressives sur le mode du processus primaire (Freud, 1926/2015). Pour leur expérience, l'équipe a soumis le GeoCat aux patients de salles d'attente d'un hôpital ($N = 120$; de 19 à 69 ans). L'anxiété fut mesurée en demandant aux patients une auto-évaluation allant de 1 (= *calme*) à 10 (= *très anxieux*). Les résultats révèlent que les patients les plus anxieux ont significativement plus tendance à répondre ATT (41,7 % vs. 25,5 % ; $p < ,02$). Plus récemment, une autre étude est menée auprès d'une population clinique de sujets diagnostiqués de « troubles anxieux » (De Gêlas, 2015). Les résultats montrent une plus grande prévalence ATT dans la population clinique qu'au sein de la population contrôle (moyenne de 2,8 vs. 1,7 sur un total possible de 6 ; $p < 0,01$). De plus, dans la population clinique, le nombre ATT corrèle significativement avec le niveau d'anxiété-trait ($\tau = 0,37$; $p < 0,005$) et, dans une moindre mesure, avec l'anxiété-état ($\tau = 0,21$; $p = 0,11$). Ces résultats semblent indiquer que l'anxiété comme trait stable de personnalité a une influence plus structurelle sur le traitement mental que l'anxiété due à une situation stressante. Ce serait donc lorsque l'anxiété persiste dans

le temps qu'un basculement vers plus de processus primaires s'effectuerait à la survenue d'une situation stressante.

Le GeoCat à l'épreuve de la psychose et du T.A.T.

Pour Freud (1915/1968, p. 67) « dans la schizophrénie, les mots sont soumis au même processus qui, à partir des pensées latentes du rêve, produit les images du rêve et que nous avons appelé le processus psychique primaire ». Il précise que, dans la psychose, le processus primaire émerge, voire envahit aussi le Préconscient et le Conscient (Freud, 1915/1968). Nous pouvons l'observer à travers la symptomatologie psychotique, dans les discours déstructurés, où les associations sont relâchées et où ils semblent glisser d'un signifiant à un autre. Ces situations rendent ce que l'on nomme un Inconscient « à ciel ouvert » (Lacan, 1955-1956/1981, p. 51). Fenichel (1945, p. 422) confirme : « chez les personnes non psychotiques, ce mode de fonctionnement [le processus primaire] est toujours présent dans l'inconscient. C'est pourquoi nous avons l'impression que dans la schizophrénie l'inconscient est devenu conscient. Parce que le processus primaire et les modes de pensée archaïques sont à nouveau dominants, les personnes schizophrènes ne sont plus séparées de ces mécanismes ».

En 2012, Bazan et al. ont comparé trois populations : des patients diagnostiqués psychotiques, une population contrôle psychiatrique non psychotique et une population contrôle de tout-venant. Il s'est avéré que les patients psychotiques montrent un plus grand nombre de réponses ATT que de réponses REL, et significativement plus de réponses ATT que les patients non psychotiques (4,0 vs. 3,3 ; $p < 0,06$). La population psychiatrique, de façon générale, montre plus de réponses ATT que la population contrôle (3,7 vs. 1,8 ; $p < 0,01$). Ces résultats corroborent la supposition de Freud et de Fenichel.

Illustrons ici l'utilisation du GeoCat par un exemple concret de recherche récemment menée par l'équipe de Bazan (Parrent, 2011). Cette étude compare les résultats au GeoCat dans une population de sujets psychotiques avec les résultats au T.A.T. Ce test se compose de 18 planches composées d'illustrations (contenu dit « manifeste »), propres à réveiller une problématique psychique générale (contenu dit « latent »). L'interprétation des productions du sujet s'appuie sur une analyse des différents « procédés du discours ». Ces procédés ont été répertoriés dans une grille d'analyse divisée en quatre grandes sections ou séries, dont la Série

Tableau 1

Genre, âge, nombre de choix attributionnels au Geocat (#ATT) et proportion (%) des procédés du discours relevant de la série E sur base de la grille d'analyse de V. Shentoub au TAT (TAT e-Prop).

Sujet	Genre	Âge	TAT e-Prop	#ATT
1	Homme	23	20,3	0
2	Homme	43	38,8	4 (5)
3	Femme	36	17,4	0
4	Homme	42	33,9	4
5	Homme	29	41,5	6
6	Homme	43	37,5	5
7	Homme	33	56,1	6
8	Homme	19	23,9	2

E qui mesure l'« émergence des processus primaires »⁵ (Brelet-Foulard et Chabert, 1990). Cette émergence n'est pas pathologique en soi ; elle est même souhaitable puisqu'elle témoigne d'une perméabilité de bon augure entre les systèmes Inconscient et Conscient. L'énergie pulsionnelle s'écoule d'une représentation à l'autre sous le primat des processus primaires, alors qu'un savant mélange entre accueil des excitations pulsionnelles éveillées par la stimulation de la planche et la canalisation de cette tension dans un discours organisé, cohérent et fidèle à la réalité perceptive, serait indicative d'une prédominance secondaire. Plus précisément, la qualité du discours peut témoigner de l'apparition plus ou moins massive de procédés de la série E, qui comporte quatre grandes subdivisions : l'altération de la perception (E1), telles que les scotomes d'objets (E1-1), la massivité de la projection (E2), telle que trahi par l'inadéquation du thème au stimulus (E2-1), la désorganisation des repères identitaires et objectaux (E3) telle que la désorganisation temporelle ou spatiale (E3-3) et finalement l'altération du discours (E4) telle que les coq-à-l'âne (E4-4). Puisque le T.A.T. permet ainsi de repérer et de quantifier l'impact des processus primaires dans le discours, il permet d'interroger la validité de construit du GeoCat. En effet, si les résultats des deux instruments corrélaient, malgré qu'il s'agisse de deux tests de nature fort différente – projectif pour l'un, perceptif pour l'autre – alors ceci confère à l'instrument le plus récent, une solide assise de validité. Le groupe expérimental de cette étude exploratoire est composé de huit sujets psychotiques, une femme et 7 hommes, âgés entre 19 et 43 ans, hospitalisés par injonction thérapeutique au sein du même service de psychiatrie fermé⁶. L'ensemble des sujets traversent une phase aiguë d'épisode psychotique lors de la passation. La passation du T.A.T. suit immédiatement celle du GeoCat afin que la mesure des processus primaires puisse être comparable. Nous présumons qu'un délire vécu sur un mode intrusif et passif s'accompagnera d'une dynamique primaire tant sur l'instrument GeoCat et qu'à travers l'utilisation de la série E. Nous voyons dans le Tableau 1 ci-dessous les résultats de l'étude.

Les tests statistiques montrent une forte corrélation positive entre les variables ATT (nombre de choix attributionnels sur un maximum possible de 6) et « TAT e-Prop » (proportion en pourcentage, %) ; ($r = 0,946$; $p < 0,005$). Une majorité de réponses attributionnelles au GeoCat s'accompagne donc d'une proportion plus importante des procédés du discours relevant de la série E au T.A.T. auprès de patients psychotiques. Bien que l'effectif de cette étude soit trop modeste pour établir une conclusion définitive, ces résultats tendent à soutenir plus en avant encore la validité et la capacité du GeoCat à mettre en carte les processus psychiques de base.

Conclusion

Le GeoCat est utilisé dans une démarche réflexive autour d'un possible recoupement entre les théories cognitives et psychanalytiques. Comme nous venons de l'exposer, cette démarche trouve un appui empirique dans l'observation que, jusqu'à présent, le GeoCat met en évidence une mobilisation plus importante de réponses ATT dans tous les cas de figure où Freud présentait une prédominance des processus primaires, et les premiers résultats de validité de construction avec le TAT sont encourageants. Ses grands avantages par rapport à d'autres méthodes d'investigations, tels que les tests projectifs, sont sa rapidité, son faible risque désorganisant aux vues du caractère non fantasmatique de ses items, et sa simplicité – tant sur le plan de la passation que de la cotation. Il n'est pas exigeant en termes de mobilisation mentale et est parfois même perçu comme légèrement ludique. Du fait que les stimuli ne sont pas linguistiques, il est possible de mener des études interculturelles ou chez les jeunes enfants. De plus, l'analyse des résultats ne nécessite ni d'interprétation clinique, ni d'analyse sémantique, et a fortiori, aucune formation spécifiquement psychanalytique. L'outil permet de ce fait de sortir de la critique de circularité de Grünbaum (1993). Finalement, une autre particularité de l'instrument est qu'il n'a aucune validité apparente : il est impossible pour le participant de deviner le concept théorique que le GeoCat propose de mesurer. Il s'agit d'un avantage indéniable, puisque les résultats sur le GeoCat ne peuvent être biaisés par une stratégie ou par un effet de désirabilité sociale. Le GeoCat semble donc se profiler comme un outil valide quant au repérage d'une éventuelle prédominance des processus primaires dans l'économie psychique d'un individu. Ceci pourrait faire de lui un allié précieux dans la pratique clinique et plus particulièrement dans la recherche. Cet outil tombe ainsi à pic dans le contexte actuel du dialogue entre psychanalyse et neurosciences, où les concepts de processus primaire et secondaire semblent prendre une place d'interface particulièrement importante.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- Bazan, A. (2007a). *Des fantômes dans la voix. Une hypothèse neuro-psychanalytique sur la structure de l'inconscient*. Montréal: Éditions Liber.
- Bazan, A. (2007b). An attempt towards an integrative comparison of psychoanalytical and sensorimotor control theories of action. In P. Haggard, Y. Rossetti, & M. Kawato (Eds.), *Attention and Performance XXII* (319–338). New York, NY: Oxford University Press.
- Bazan, A., Van Draeghe, K., De Kock, L., Brakel, L. A. W., Geerardyn, F., & Shevrin, H. (2013). Empirical evidence for primary process mentation in acute psychosis. *Psychoanalytic Psychology*, 30(1), 57–74.
- Bergeret, J. (1972). *Psychologie pathologique, théorique et clinique* (9^e éd.). Paris: Editions Masson.
- Blakemore, S. J., & Sigiru, A. (2003). Action prediction in the cerebellum and in the parietal lobe. *Experimental Brain Research*, 153, 239–245.
- Brakel, L. A. W., & Shevrin, H. (2005). Anxiety, attributional thinking, and the primary process. *Institute of Psychoanalysis*, 86, 1–14.
- Brakel, L. A. W., Kleinsorge, S., Snodgrass, M., & Shevrin, H. (2000). The primary process and the unconscious: experimental evidence supporting two psychoanalytic pre-suppositions. *Institute of Psychoanalysis*, 81, 553–569.
- Brakel, L. A. W., Shevrin, H., & Villa, K. K. (2002). The priority of primary process categorizing: experimental evidence supporting a psychoanalytic developmental hypothesis. *The Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50, 483–505.
- Brelet-Foulard, F., & Chabert, C. (1990–2003). *Nouveau Manuel du TAT—Approche psychanalytique*. Paris: Dunod.
- Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Carhart-Harris, R., & Friston, K. (2010). The default mode, ego-functions and free-energy: a neurobiological account of Freudian ideas. *Brain*, 133, 1265–1283. <http://dx.doi.org/10.1093/brain/awq010>
- De Gêlas, M. (2015). *Processus primaires et cliniques de l'anxiété : une étude au croisement des sciences cognitives et de la psychanalyse*. Université Libre de Bruxelles (Mémoire non publié).

⁵ Les trois autres sont : Série A - labilité, Série B - rigidité, Série C - évitement du conflit.

⁶ Centre universitaire hôpital Brugmann.

- Desmurget, M., Esptein, C. M., Turner, R. S., Prablanc, C., Alexander, G. E., & Grafton, S. T. (1999). Role of the posterior parietal cortex in updating reaching movements to a visual target. *Nat Neurosci*, 2, 563–567.
- Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York, NY: Norton.
- Freud, A. (1936/2009). *Le Moi et les mécanismes de défenses* (4e éd.). Paris: PUF.
- Freud, S. (1895/1956). Esquisse pour une psychologie scientifique. In *Naissance de la psychanalyse*. (1^{re} éd.). Paris: PUF.
- Freud, S. (1900–2003). *L'interprétation des rêves*. Paris: PUF.
- Freud, S. (1915–1968). *L'inconscient dans Métapsychologie*. Paris: Éditions Gallimard, Folio Essais.
- Freud, S. (1920–1965–1965). *Au-delà du principe de plaisir*. Paris: Petite bibliothèque Payot.
- Freud, S. (1926–2015). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris: Éditions Payot & Rivages.
- Friedman-Hill, S. R., Robertson, L. C., Desimone, R., & Ungerleider, L. G. (2003). Posterior parietal cortex and the filtering of distractors. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 7, 4263–4268. <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.0730772100>
- Grünbaum, A. (1993). *La psychanalyse à l'épreuve*. Combas (France): L'éclat.
- Hamker, F. H. (2003). The reentry hypothesis: Linking eye movements to visual perception. *J Vision*, 3, 808–816. <http://dx.doi.org/10.1167/3.11.14>
- Holt, R. (1977). A method for assessing primary process manifestations and their control in Rorschach responses. In M. Rickers-Ovsiankina (Ed.), *Rorschach psychology* (pp. 375–420). New York, NY: Wiley.
- Holt, R. (2002). Quantitative research on the primary process: method and findings. *The Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50, 457–482. <http://dx.doi.org/10.1177/00030651020500021501>
- Holt, R. (2009). *Primary process thinking*. Lanham, MD: Jason Arosen.
- Holt, R., & Havel, J. (1960). A method for assessing primary and secondary process in the Rorschach. In M. Rickers-Ovsiankina (Ed.), *Rorschach psychology* (pp. 283–315). New York, NY: Wiley.
- Kapsambelis, V. (2005). L'humour des patients schizophrènes. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1(44), 63–71.
- Lacan, J. (1966). *Écrits*. Paris: Ed Le Seuil.
- Lacan, J. (1964–1973). *Le Séminaire, Livre XI: Les Quatre Concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Paris: Editions du Seuil Texte établi par Jacques-Alain Miller.
- Lacan, J., & Miller, J. (1955–1956). *Les psychoses* (1981). Paris: Seuil.
- Martindale, C. (1975). *Romantic progression: The psychology of literary history*. Washington, D.C. Hemisphere.
- Martindale, C. (1990). *The clockwork muse: The predictability of artistic change*. New York: Basic Books.
- Medin, L. D., Goldstone, R. L., & Gentner, D. (1990). Similarity involving attributes and relations: judgments of similarity and difference are not inverses. *American Psychology Society*, 1(1), 64–69.
- Murphy, G., & Medin, D. (1985). The role of theories in conceptual coherence. *Psychological Review*, 92, 289–316.
- Parrent, A. (2011). *De l'étayage du discours aux processus secondaires chez des individus psychotiques : une hypothèse de recherche*. Université de Bruxelles [Mémoire non publié].
- Poetzl, O. (1917). The relationship between experimentally induced dream images and indirect vision. In *Psychological Issues Monograph 7 (1960)* [Preconscious stimulation in dreams, associations, and images—Classical studies (Vol. 2, pp. 41–120)].
- Raichle, M. E., MacLeod, A. M., Snyder, A. Z., Powers, W. J., Gusnard, D. A., & Shulman, G. L. (2001). A default mode of brain function. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 98, 676–682. <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.98.2.676>
- Rapaport, D. (1951). States of consciousness. In M. Gill (Ed.), *The collected papers of David*.
- Rapaport, D., Gill, M. M., & Schafer, R. (1945–1946). In R. R. Holt (Ed.), *Diagnostic psychological testing*. Chicago, IL: Yearbook Publishers; Rev. ed. New York, NY International Universities Press.
- Rousselle, G. A., Thorpe, S. J., & Fabre-Thorpe, M. (2004). How parallel is visual processing in the ventral pathway? *Trends in Cognitive Sciences*, 8, 363–370. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tics.2004.06.003>
- Roussillon, R. (2007). *La réalité psychique de la subjectivité et son histoire. Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson.
- Shevrin, H., & Luborsky, L. (1961). The rebus technique: A method for studying primary process transformations of briefly exposed pictures. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 133(6), 479–488. <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-196112000-00002>
- Smith, E., & Medin, D. (1981). *Categories and Concepts*. Cambridge: Harvard University Press.
- Steinig, J. (2011). *Primary and secondary processing of a waking subliminal stimulus in REM- and non-REM-sleep—Empirical investigation of a psychoanalytic concept*. University of Bremen [Unpublished doctoral dissertation].
- Ungerleider, L. G., & Mishkin, M. (1982). Two cortical visual systems. In D. J. Ingle, M. A. Goodale et, & R. J. W. Mansfield (Eds.), *Analysis of Visual Behaviour* (pp. 549–586). Cambridge: MIT Press.
- Vanheule, S., Roelstraete, B., Geerardyn, F., Murphy, C., Bazan, A., & Brakel, L. A. W. (2011). Construct validation and internal consistency of the geometric categorization task (GEOCAT) for measuring primary and secondary processes. *Psychoanalytic Psychology*, 28, 209–228. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022392>



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


Recherches et réflexions

Douleur chronique : son retentissement émotionnel et cognitif



Chronic pain: Emotional and cognitive consequences

B. Laurent

Inserm U1028, service de neurologie, hôpital Nord, 42055 Saint-Étienne cedex, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Disponible sur Internet le 27 janvier 2017

Mots clés :
Douleur
Émotion
Cognition
Neuropsychologie

Keywords:
Pain
Emotion
Cerebral imagery
Cognitive aspects

R É S U M É

La douleur chronique, véritable problème de santé publique, induit toujours des perturbations émotionnelles et cognitives ; ces comorbidités réalisent ainsi un tableau de maladie autoentretenu dont les exemples sont nombreux comme les douleurs somatoformes de type fibromyalgique. L'imagerie cérébrale révèle la superposition de la matrice d'intégration de la douleur avec celles de l'émotion et de la cognition. Les régions frontales sont engagées dans ces trois fonctions et également impliquées dans les contrôles inhibiteurs de la douleur et de l'émotion. Les conséquences sur la séméiologie et la prise en charge des douleurs chroniques sont abordées.

© 2016 Association In Analysis. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Chronic pain, which had become a major public health problem, is always accompanied with emotional and cognitive disorders. These comorbidities are circular and auto generated as in lowback pain or in somatoform pain as fibromyalgia. Cerebral imagery of pain shows the superposition of emotional and cognitive circuits especially in frontal regions from where comes the descending control of pain. Therefore common areas regulate the three functions. Consequences on semiology and treatment of chronic pain are discussed.

© 2016 Association In Analysis. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La douleur chronique est une maladie à part entière, souvent autoentretenu, avec ses connotations émotionnelles et cognitives. Ces associations constantes justifient l'approche multidimensionnelle des centres de la douleur associant somaticiens et psychiatres ou psychologues. Les nombreuses études des perturbations psychologiques qui accompagnent la douleur chronique montrent des relations à double sens, induisant un cercle vicieux qui conduit à l'invalidité si l'approche thérapeutique n'est pas globale et anticipée. L'imagerie cérébrale contribue à préciser cette imbrication puisque des régions communes participent à l'intégration de la douleur, de l'émotion et de la cognition. Les zones frontales de contrôle de la douleur, de l'émotion et de la cognition sont en grande partie communes expliquant les associations entre plaintes

douloureuses, anxiodépressives et cognitives. La prévention et la prise en charge des douleurs chroniques s'étendent donc à l'expertise psychique mais aussi neuropsychologique car de récents travaux révèlent qu'un déficit dans ce domaine prédispose aux douleurs chroniques post opératoires (Attal et al., 2014).

Leçons des pratiques médicales en douleur chronique

La rencontre avec le douloureux chronique est souvent difficile car elle met en échec le médecin confronté à une explication anatomique sans proportion avec la plainte. La caricature est la présentation fibromyalgique volontiers rejetée par les rhumatologues tant la plainte insistante est dissociée des données objectives. La seule attitude efficace est d'analyser l'histoire de la maladie en s'imprégnant de la vision du patient, par exemple en lui faisant écrire le long récit du périple douloureux : cette description émotionnelle est aux antipodes de l'analyse scientifique médicale. Ne pas prendre en compte cette divergence expose

Adresse e-mail : bernard.laurent@chu-st-etienne.fr
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jinan.2016.12.009>

2542-3606/© 2016 Association In Analysis. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

au risque de conflit et sûrement à l'échec thérapeutique. Il faut aussi enseigner à nos étudiants que le douloureux chronique, souvent rejeté car il met en échec le médecin, ne devient riche que par cette approche qui permet de reformuler la plainte dans une dimension plus globale par rapport à une histoire qui parfois remonte à l'enfance. Un travail épidémiologique récent (Marloes et al., 2015) analyse les relations entre douleur, dépression et anxiété et leur évolution sur un échantillon de plus de 2000 sujets suivis pendant quatre ans, en identifiant trois trajectoires en comparaison à un groupe témoin : un groupe qui va développer, au courant de l'étude, une problématique anxieuse ou dépressive, un groupe en rémission qui a été diagnostiqué comme présentant une problématique anxieuse ou dépressive au début de l'étude et qui a eu une évolution favorable et enfin un groupe chronique où la pathologie anxieuse ou dépressive a été présente sur au moins deux ans : il existe une évolution conjointe, une forme de synchronie, dans l'évolution de la problématique anxieuse ou dépressive et la douleur. Quand l'une évolue positivement, l'autre également, et cela quelle que soit la trajectoire des sujets. La prise en charge conjointe des volets somatique et psychique ne va pas de soi pour un patient qui vient vers un somaticien, convaincu de la seule explication organique de sa douleur : un psychiatre ne se prescrit pas... et surtout ne sera jamais consulté s'il est proposé avec une dénégation de l'origine organique de la douleur chronique ; l'idéal, réalisé dans les centres antidouleur, est de faire intervenir dans la même période et parfois conjointement somaticien et psychiatre en traitant et analysant les deux versants explicatifs de la douleur sans jamais remettre en doute sa réalité. La compétence disparue de neuropsychiatre illustre cette double polarité si souvent précieuse en clinique de la douleur. Évidemment on ne parle ici que de patients bien expertisés cliniquement, ce qui permet aux centres antidouleur de ne rectifier que peu de diagnostics. Cependant, la séméiologie douloureuse chronique est complexe et il faut dans ces structures référentes des spécialistes d'organes ou de douleurs complexes comme les céphalées, douleurs périnéales, fibromyalgies, douleurs neuropathiques... qui imposent une compétence spécifique de diagnostic et de thérapeutique (prise en charge en groupes, thérapies non médicamenteuses, neuro-modulation, blocs nerveux, pompes intrathécales, etc.). Ainsi le centre antidouleur représente un nouveau modèle de synthèse entre psychisme et maladie somatique, différent du clivage que recouvre en général le concept de pathologie psychosomatique où la nature « non organique » oriente le patient vers le psychiatre sans place pour le somaticien. La définition de la douleur par l'International Association for the Study of Pain (IASP) s'est définitivement éloignée du clivage « psyché-soma » puisqu'elle accepte que la plainte soit décrite dans les termes d'une lésion sans exiger que la preuve anatomique ou le mécanisme physiopathologique en soient démontrés.

Les travaux de neurosciences valident cette approche au niveau cérébral, en montrant que le psychisme est un modulateur puissant de la douleur à la fois dans son inhibition mais également dans son amplification, que le cortex peut faire apparaître une douleur « mémoire » sans stimulus périphérique, comme dans certaines douleurs « fantôme » après amputation.

Leçon des données issue de l'imagerie cérébrale

La matrice de la douleur

Il est intéressant d'analyser l'évolution des publications sur l'imagerie cérébrale de la douleur depuis 20 ans et de percevoir comment cette visualisation des réponses du cerveau a contredit le

dualisme corps-esprit ou plus précisément la séparation douleur physique-souffrance. Doit-on rappeler d'abord que l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) expose au risque du réductionnisme et du « localisationisme », car elle ne permet pas d'observer directement les neurones, mais mesure l'augmentation locale et transitoire du débit sanguin consécutive à l'activité de telle ou telle région cérébrale ? La neuro-imagerie fascine par les aires cérébrales qui « s'allument » lors d'une réception sensorielle ou une activité mentale qui donnent l'illusion d'assister à la fabrication de la pensée et à la visualisation de la conscience, de la volonté... En fait, on ne voit que des modifications indirectes et retardées de débits localisés grâce à l'effet BOLD (Blood Oxygen Level Dependence) basé sur les mesures d'oxygénation micro-vasculaire, qui sont ensuite reportées sous forme de changements d'intensité de pixels dans une image.

Au début de la recherche en imagerie cérébrale de la douleur, les groupes qui travaillaient sur le sujet ont cherché à localiser les régions cérébrales qui répondaient à une douleur expérimentale chez le sujet normal avec l'idée classique d'une arrivée de message nociceptif dans une aire anatomique spécialisée : très vite on s'est aperçu que dans la géographie des réponses corticales (matrice de la douleur) il y avait bien des zones pressenties qui correspondaient au corps et qui représentaient l'entrée du message (zones pariétales SI et SII et insulaire postérieure) mais que toutes les autres réponses n'étaient pas spécifiques et engageaient des zones émotionnelles ou cognitives communes à d'autres activités mentales. De plus, le désagrément ressenti, par exemple sur une échelle visuelle analogique, n'était pas lié aux aires primaires mais aux aires intégratives frontolimbiques. Il existe ainsi une superposition entre les aires d'intégration émotionnelle et la matrice de la douleur (Fig. 1). Ainsi, les études récentes d'imagerie cérébrale ou les expériences psychophysiques sur la douleur expérimentale des sujets sains sont-elles devenues des expériences plus axées sur l'angle cognitif et émotionnel que sur la seule entrée anatomique du message nociceptif. Certes, récepteurs et réseaux neuronaux sont importants à connaître, mais le message douloureux arrivant au niveau d'aires cérébrales primaires câblées et prévisibles va être modifié par des processus cognitifs et émotionnels qui lui donnent du sens. L'imagerie permet ainsi de comprendre les modulations puissantes de l'hypnose, de l'effet placebo, ou de l'anticipation positive.

Mémoire

Dans la mémoire d'une douleur aiguë éphémère, cruciale pour le médecin confronté au patient qui raconte sa plainte, seuls sont racontés le contexte et le désagrément, car il est impossible de revivre précisément la sensation physique comme on peut le faire pour d'autres souvenirs sensoriels comme la vision. Donc le souvenir douloureux sera essentiellement retranscrit au niveau émotionnel avec parfois des erreurs dans le rappel de la localisation ou de l'intensité. Pourtant des arguments existent pour une mémoire corporelle de la douleur au niveau cérébral : dans des stimulations de l'insula par des électrodes implantées pour explorer l'épilepsie on produit souvent des douleurs corporelles parfois intenses (Mazzola, Isnard, Peyron, & Mau-guière, 2012) et une douleur peut réapparaître spontanément au cours de certaines décharges épileptiques ou dans les douleurs « fantôme » après une amputation ; certaines font revivre une douleur ancienne parfois de l'enfance prouvant l'existence d'un stockage inconscient... Le patient va ainsi revivre une douleur passée, stockée au niveau cérébral alors qu'il ne pouvait pas en refaire l'expérience volontairement. Le souvenir douloureux échappe donc au système de mémoire consciente du circuit hippocampique de Papez, à l'œuvre dans la mémoire autobiographique usuelle.

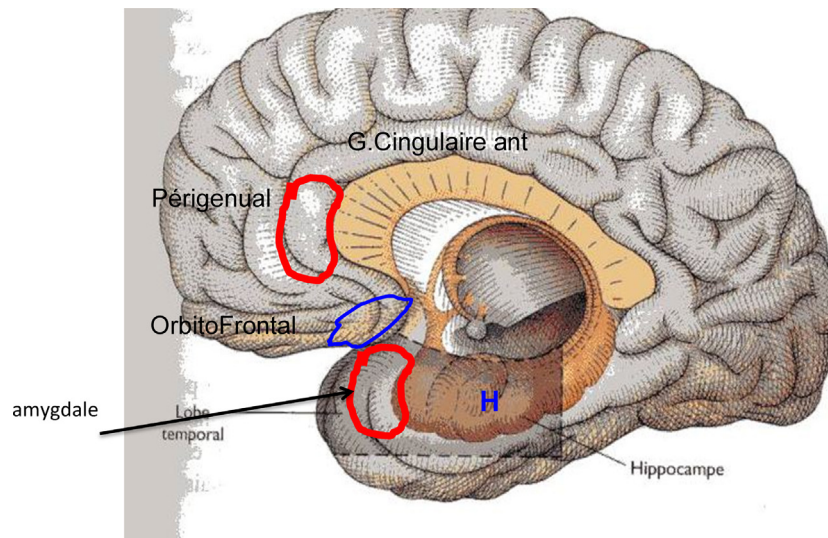


Fig. 1. Anatomie des régions communes de la douleur et de l'émotion.

Douleur morale

Un autre aspect inattendu de l'imagerie cérébrale consiste à souligner l'identité des réponses entre douleur physique et morale. Un paradigme d'exclusion sociale en imagerie consiste à faire jouer au ballon sur un écran d'ordinateur avec deux personnages et d'analyser la situation d'exclusion du jeu sans raison. Plusieurs études en IRM fonctionnelle concordent pour indiquer que le sentiment d'exclusion sociale active préférentiellement le cortex cingulaire antérieur et l'insula antérieure impliqués dans la composante affective de la douleur physique. Le peu de spécificité de la matrice cognitivo-émotionnelle de la douleur pratiquement identique dans des entrées sensorielles comme le tact, l'audition ou la vision a entraîné des critiques légitimes sur l'intérêt de la description d'une matrice douloureuse. Une équipe de chercheurs (Wager et al., 2013) a montré en aveugle à des radiologues qui ne voyaient que les images d'IRMf sans connaître le contexte expérimental, les images cérébrales de douleur physique ou morale. La matrice « douleur » est visible dans toutes ces situations mais l'entrée corticale de la douleur physique insulaire postérieure et pariétale SII permet de différencier clairement la douleur physique de la douleur morale. Le cerveau reçoit sur des aires spécifiques dites primaires des informations extérieures comme la douleur physique, le tact, les messages auditifs et visuels mais le cortex va donner du sens en traitant toute information dans des aires associatives qui négligent la modalité sensorielle d'entrée du

message pour n'en traiter que la signification, l'émotion et la nouveauté. Seule cette analyse sera mémorisée.

Une douleur en miroir... l'empathie.

L'exemple de l'empathie en imagerie confirme une forme de mimétisme de souffrance en face de la douleur physique d'autrui. Le terme, traduction de l'anglais, est ambigu car il découle des expériences d'imagerie cérébrale et ne signifie pas compassion mais réaction automatique à la vision d'autrui. La vision de la douleur soit au niveau du visage soit de l'objet blessant active le réseau de la « matrice » de celui qui observe dans ses dimensions affectives sans avoir l'activation des systèmes d'entrée (insula postérieure-SII). Cette forme de réponse en miroir apporte de nouveaux questionnements : on sait d'expérience qu'il est désagréable de voir quelqu'un piqué, brûlé, fracturé... et finalement l'imagerie cérébrale traduit ce désagrément sans que ce soit une douleur physique véritablement ressentie. Sur le plan anatomique, l'insula reçoit dans sa partie postérieure les entrées nociceptives ressenties par soi alors que la partie antérieure répond à la représentation de la douleur imaginée ou perçue chez autrui (Fig. 2). Ce phénomène de résonance est automatique et rapide et le comportement vis-à-vis du douloureux se construit à partir de cette première expérience involontaire et immédiate. Que cette primoréaction débouche sur des comportements variés allant de l'indifférence à la compassion suppose que le comportement va

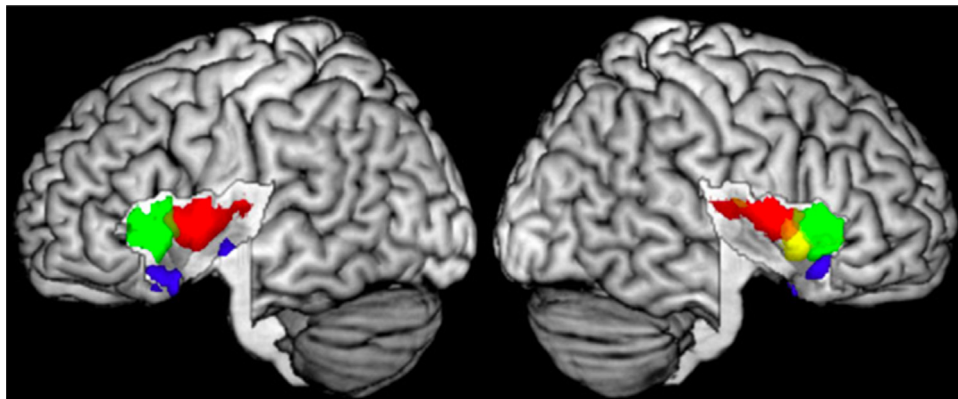


Fig. 2. Anatomie fonctionnelle de l'insula : en rouge l'insula postérieure entrée du signal nociceptif somatique ; en vert cognition, attention, mémoire et expression verbale ; en bleu zone émotionnelle, réponses lors de l'empathie.

d'avantage se construire sur une analyse lente et complexe des enjeux, du danger, des liens affectifs et participatifs avec celui qui souffre... mais le cerveau impose cette résonance initiale qui pose, comme toute activité préconsciente, la question du déterminisme de nos comportements et du rapport entre activités volontaires et processus automatiques.

Les contrôles endogènes

Outre les connaissances du rôle du cerveau dans l'intégration de la douleur, l'imagerie cérébrale aborde aussi celui des contrôles endogènes qui sont aussi bien freinateurs qu'amplificateurs. Ceci permet une pédagogie auprès des médecins et des malades : connaître l'existence des systèmes de contrôle endogènes extrêmement puissants permet des propositions non médicamenteuses en situation d'impasse thérapeutique : il est bien démontré que des techniques non médicamenteuses comme notamment l'hypnose, la suggestion, l'effet placebo ou l'acupuncture sollicitent les systèmes endorphiniques. Que l'efficacité de ces techniques soit liée à l'adhésion du patient est prouvée par certaines études analysant les corrélations entre l'imagerie cérébrale des récepteurs opiacés et l'effet antalgique (Pariente et al., 2005). Cet effet placebo est donc biologique et la réponse endomorphinique à la suggestion médicamenteuse du produit placebo permet de séparer les sujets placebo sensibles ou résistants (George et al., 2005 ; Petrovic, Kalso, Petersson, & Ingvar, 2002). Cette ressource endogène permet d'expliquer aux patients leurs fluctuations douloureuses en fonction du contexte en leur redonnant une forme d'autonomie dans la gestion de symptômes qui jusqu'ici dépendaient uniquement des décisions médicales. Les essais de neuromodulation par électrodes implantées dans des zones de contrôle comme le gyrus cingulaire antérieur (région périgénale) ont montré des améliorations significatives sur plus de la moitié des douleurs rebelles d'origine neuropathique (Boccard et al., 2014).

Douleur chronique et stress post-traumatique

Il est largement accepté que le contexte émotionnel module la sensation douloureuse : si l'on donne l'illusion d'une durée plus longue, d'une intensité plus forte ou d'une moindre efficacité d'une substance sur le stimulus nocif, les réponses du sujet varient alors que la stimulation objective est identique. Le stress post-traumatique est un modèle d'émotion intense dont les conséquences sont aussi à distance sous la forme d'une mémoire imparfaite où le rappel peut s'opérer sous forme d'images déconstruites au cours du rêve, avec des reviviscences précises mais aussi avec des pans entiers d'oublis sans capacité d'évocation volontaire. Le phénomène de mémoire flash correspond au rappel extrêmement précis du contexte, comme cela a été étudié aux États-Unis pour des événements tels que l'assassinat de Kennedy ou l'effondrement des Twins Towers et ce contexte peut être douloureux. Seules des techniques de facilitation (hypnose, EMDR) permettront l'accès aux souvenirs « oubliés ». Si l'on postule que la mémorisation préconsciente d'un événement émotionnel est plus délétaire qu'un rappel conscient, on conçoit l'intérêt de toutes les interventions précoces qui permettent d'organiser, de verbaliser et d'affronter le souvenir traumatisant plutôt que d'escompter sur son oubli. Accepter qu'un stress émotionnel puisse engendrer une douleur chronique à distance est difficile et suppose que le stress a modifié durablement les systèmes d'intégration et de contrôle de la douleur. Le mécanisme est démontré chez l'animal chez qui le stress expérimental non nociceptif déclenche une sécrétion d'opiacés endogènes avec une hyperalgésie durable qui peut être inhibée par des antagonistes NMDA (kétamine) (Le Roy et al., 2011). De nombreuses études épidémiologiques ont rattaché le

risque de douleur chronique au stress post-traumatique, en particulier pour des événements de l'enfance dans des périodes « d'amnésie infantile ». La plupart des études sur la fibromyalgie relatent une fréquence élevée de traumatismes infantiles physiques ou psychiques dans près de 50 % des cas. Plusieurs cohortes d'enfants prématurés ayant subi des gestes douloureux en réanimation ont permis de montrer qu'à l'adolescence les réponses aux stimuli nocifs étaient amplifiées par rapport aux enfants nés à terme sans douleur (Hohmeister et al., 2010). On doit accepter qu'un cerveau de nouveau-né n'est pas « amnésique à la douleur » et que les premières expériences donnent lieu à une mémoire primitive comportementale liée aux propriétés de l'amygdale, structure spécialisée du système limbique dans les apprentissages conditionnés. Ceci a été démontré chez des enfants subissant une circoncision sans anesthésie locale à la naissance et qui étaient étudiés lors d'une vaccination six mois plus tard avec un comportement différent de ceux anesthésiés normalement. Le stress traumatique dépasse les capacités de contrôle du cerveau tant la violence émotionnelle et la sensation de menace de mort sont présentes. L'empreinte n'en sera que plus forte au niveau préconscient et c'est parfois la rencontre ultérieure d'un contexte proche de l'événement initial qui provoque l'angoisse voire la douleur physique. Tel sujet ressentira une douleur aiguë ancienne en recroisant un contexte visuel ou olfactif évoquant l'accident initial. Des travaux d'imagerie cérébrale tentent de modéliser la situation du stress initial avec une perte de contrôle des structures frontales médianes riches en endorphines ou dorsolatérales plus cognitives sur les structures amygdaliennes. La perte du contrôle de l'axe corticotrope sera durable avec une modification définitive des structures hippocampiques, lieu de la mémoire consciente. Ainsi, le sujet se trouve dépendant d'une mémoire émotionnelle amygdalienne à laquelle il n'a pas accès alors que la mémoire autobiographique classique est moins efficace. Qu'en est-il en matière de douleur ? Si l'on reprend le modèle fibromyalgique, le plus étudié, les imageries cérébrales sont instructives : les réponses ne sont pas plus intenses à la pression tendineuse avec une visualisation de la matrice douleur pour des pressions plus faibles que chez le sujet normal, comme le laisse prévoir la clinique ; elles montrent, en revanche, une diminution d'épaisseur corticale des zones de contrôle de la douleur dans le gyrus cingulaire rostral avec une moindre connectivité vers les aires d'entrée nociceptive insulaire et thalamique (Karin & Jensen, 2013) : « pain changes the brain ». De plus, le stress émotionnel intense ou répété va modifier les systèmes de contrôle non seulement de l'axe corticotrope mais également des régions médiofrontales basales, fondamentales pour le contrôle opioïde de la douleur (Fig. 3).

Cognition et douleur chronique

La notion de plainte cognitive chez les patients douloureux chroniques est anciennement connue, et volontiers rattachée aux comorbidités comme l'anxiété et la dépression, mais aussi aux médicaments antalgiques, aux troubles du sommeil et au manque d'intérêt du sujet souffrant pour les tâches intellectuelles. Le renouveau de l'intérêt pour cette question est lié à plusieurs facteurs : une meilleure connaissance des secteurs cognitifs touchés, une confrontation en imagerie cérébrale des zones anatomiques impliquées dans l'intégration douloureuse et le contrôle cognitif, en particulier les zones préfrontales médianes et dorsolatérales, et le rôle d'un déficit cognitif dans la survenue de douleurs chroniques.

Chez l'animal, des déficits cognitifs apparaissent en cas de douleur expérimentale chronique : l'activation amygdalienne de la douleur expérimentale, avec ses conditionnements négatifs,

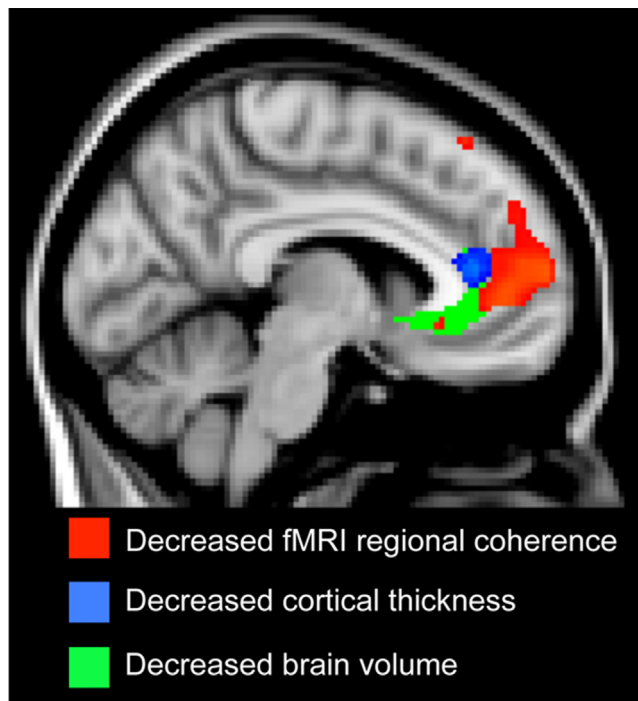


Fig. 3. Remaniements morphométriques des régions cingulaires antérieures et orbitofrontales dans la fibromyalgie.

entraîne une inhibition du cortex préfrontal : on peut par des agonistes glutamatergiques restaurer un fonctionnement normal du cortex préfrontal médian et corriger simultanément douleur et déficit cognitif.

Chez le douloureux chronique, les troubles cognitifs sont habituels : beaucoup de travaux y ont été consacrés en particulier dans la fibromyalgie, où la plainte cognitive concerne 70 % des patients. Le clinicien confronté à une plainte cognitive doit se poser plusieurs questions : la plainte de mémoire est fréquente mais souvent ne correspond pas à un réel déficit aux tests neuropsychologiques qui doivent être interprétés avec des normes d'âge et de niveau culturel ; elle peut résulter d'une mauvaise auto-évaluation par le douloureux chronique (déficit de métacognition) soit par sous-évaluation dépressive soit par une mauvaise connaissance des performances attendues à son âge et niveau socioculturel. Si le déficit est confirmé par les tests neuropsychologiques la question est celle du rôle délétère des médicaments psychotropes ; cependant leurs effets négatifs sur la cognition est moindre que ceux d'une douleur non contrôlée : si les opiacés, antidépresseurs ou antiépileptiques antalgiques abaissent les performances du sujet normal ils peuvent améliorer celles d'un douloureux bien calmé par ces médicaments. En revanche lors de prises chroniques d'opiacés pour des douleurs bénignes aux réponses inconstantes (neuropathiques, voire rhumatologiques), l'effet négatif sur la cognition est un facteur fréquent d'interruption. La douleur est génératrice de biais attentionnel, et la majorité des déficits peuvent s'expliquer ainsi comme si le « cerveau » était confronté à une double tâche et un double contrôle à la fois de la cognition et de la douleur. Pour mieux comprendre l'impact de la douleur chronique sur la cognition, les études longitudinales sont indispensables et plusieurs ont montré la réversibilité des déficits en cas de disparition ou d'amélioration des douleurs. Les grands secteurs déficitaires sont la mémoire, l'attention et les fonctions exécutives, donc des déficits qui n'ont aucune spécificité et que l'on peut voir dans des pathologies dépressives ou des troubles du sommeil. Récemment des secteurs cognitifs nouveaux ont été abordés : le douloureux chronique enfermé dans sa souffrance

aurait un déficit dans des performances de neuropsychologie sociale, comme par exemple dans le traitement de l'émotion sur des photos de visage ou un déficit de projection sur autrui dans les tests de théorie de l'esprit : certains se sont intéressés aux biais cognitifs en rapport avec la douleur : par exemple dans les tests de Stroop quand le sujet doit dénommer la couleur de l'encre, les temps de réaction sont différents si le mot a trait à la douleur ou possède une connotation négative.

L'interprétation anatomofonctionnelle est encore centrée sur les régions frontales soit médianes avec le gyrus cingulaire antérieur soit dorsolatérales, car elles sont sollicitées par l'intégration douloureuse et la cognition. Dans des populations de lombalgiques chroniques l'épaisseur de la substance grise du cortex frontal latérodorsal augmente alors que celle du gyrus cingulaire diminue ; de plus, ces modifications sont proportionnelles à l'importance de la douleur et à son ancienneté, mais aussi au déficit des fonctions exécutives et mnésiques. Une normalisation anatomique est démontrée au décours de prises en charge efficaces. Lors de tests effectués en IRMf chez des douloureux chroniques, on observe également des changements du réseau par défaut (*default mode network*) qui ne se désactive pas lors d'une tâche cognitive comme chez le sujet normal ; ce réseau comprend plusieurs zones de la matrice douleur : gyrus cingulaire antérieur, régions orbitofrontale, pariétale et frontale dorsolatérale (Loggia et al., 2013). Beaucoup s'intéressent à la connectivité entre les régions frontomédianes, l'insula, le thalamus et le striatum limbique pour comprendre la plasticité cérébrale engagée dans la douleur chronique et la cognition. On sait, par exemple, l'importance des liens fronto-sous-corticaux (région frontomédianes vers le noyau accumbens du striatum limbique) dans la prédiction de chronicité de douleurs lombaires (Baliki et al., 2012).

Le dernier domaine est l'étude d'un déficit cognitif comme facteur de risque d'une douleur chronique : dans un travail récent (Attal et al., 2014) l'évaluation de la mémoire visuelle et un test exécutif de nature frontale (TMT B) sont des prédictors de survenue de douleur postopératoire à 6 et 12 mois dans 2 populations d'âge différent (mastectomie avec curage et prothèse de genou). Évidemment bien d'autres facteurs sont associés, qu'ils soient anatomiques (lésions nerveuses), cliniques (intensité de la douleur périopératoire) ou émotionnels (anxiété au moment de l'intervention, catastrophisme, dépression...). Cependant les performances cognitives sont des facteurs indépendants de prédiction : soit qu'elles témoignent d'une moindre efficacité des régions de contrôle communes de la douleur et de la cognition, soit, ce qui n'est pas contradictoire, que les capacités cognitives aient une fonction préventive dans la douleur chronique par une meilleure gestion, anticipation et analyse de celle-ci. La prise en charge cognitivo-comportementale classique des patients douloureux chroniques peut s'enrichir d'une dimension neuropsychologique comme cela est proposé dans les lésions dégénératives ou focales des régions frontales.

Dans la maladie d'Alzheimer, prototype de déficit cognitif touchant toutes les fonctions particulièrement la mémoire épisodique (autobiographique), mais aussi sémantique (connaissances générales) des études en IRM fonctionnelle (Cole et al., 2006) ont montré que les réponses des patients dans la matrice douleur (gyrus cingulaire, insula et cortex pariétal) étaient amplifiées, montrant une plus grande vulnérabilité, alors qu'on faisait classiquement l'hypothèse inverse. Ainsi le déficit des systèmes frontaux descendants de contrôle de la douleur autant que l'incapacité de gérer la douleur sur un plan cognitif (anticipation, compréhension, dénomination, savoir sur la cause et l'évolution, etc.) amplifient les réponses immédiates de la matrice cérébrale, ce qui n'empêche pas la douleur d'être oubliée comme toute information récente. L'oubli explicite n'exclut pas une mémorisation implicite avec conditionnement négatif, avec par

exemple une anxiété dans toute situation contextuelle associée à la douleur (vision des soins, odeurs hospitalières...). Cette mémorisation comportementale est extrêmement puissante en dépendant de structures moins touchées par la maladie comme l'insula et l'amygdale. Comme dans le stress post-traumatique, le déficit du contrôle cortical frontocingulaire sur ce système amygdalien expliquerait la vulnérabilité douloureuse des malades atteints de maladie d'Alzheimer. Par ailleurs l'induction émotionnelle d'une information positive persiste, même si le sujet n'a pas souvenir de l'événement initial : [Guzman-Velez, Feinstein, & Tranel \(2014\)](#) ont fait l'étude avec des enregistrements vidéo tristes ou gais en montrant chez 17 patients qu'à la différence des témoins, ils n'en conservaient aucun souvenir à 30 minutes, mais la thymie (surtout négative) demeurait modifiée.

Une neuropsychanalyse de la douleur ?

De nombreux concepts rapprochent des positions que l'on pensait inconciliables entre psychanalyse et neurosciences : à Freud qui écrivait que « l'inconscient est d'abord somatique » l'imagerie cérébrale répond que la douleur aiguë active immédiatement les circuits amygdaliens de la mémoire préconsciente, avant même ceux du circuit conscient de la mémoire biographique (hippocampe). De même, le lien formellement prouvé par les études épidémiologiques entre traumatismes de la prime enfance et douleurs chroniques de l'âge adulte réunit les positions. Il suffit d'accepter l'unité de la psychologie et du cerveau, sans réductionnisme naïf, pour comprendre que l'histoire individuelle inscrit sa marque dans la biologie cérébrale selon un concept qui peut aussi bien se décliner en psychologie qu'en biologie : l'allostasie. Contrairement à l'homéostasie de Claude-Bernard postulant qu'un organisme s'autorégule pour garder sa position d'équilibre et de départ (exemple classique de la glycémie régulée à 1G/L par des systèmes endocriniens performants), l'allostasie stipule que nous ne retrouvons pas, dans certains domaines, l'équilibre de départ et que le cerveau s'adapte constamment à notre histoire de vie ; le cas de la douleur est prototypique puisque chaque nouvel événement sollicite notre adaptation psychologique et endorphinique et le nouvel équilibre nous rendra plus fort ou plus vulnérable selon les cas. En situation normale, une douleur aiguë répétée, bien anticipée, aboutit à une adaptation avec une moindre réponse de la matrice cérébrale de la douleur et une plus forte réponse des systèmes de contrôle endorphinique. En situation de vulnérabilité, la dépense psychobiologique de l'adaptation au stress douloureux dépasse les capacités de contrôle (cortisol, endorphines) et la prochaine confrontation aboutira à une incapacité de réaction suffisante : le sujet devra faire appel à des techniques de renforcement endorphinique (morphine, techniques non médicamenteuses...) en conservant sa vulnérabilité historique : chaque douleur exigeant de plus en plus d'opiacés pour être contrôlée, chaque angoisse, chaque insomnie de plus en plus d'aides médicamenteuses ou psychologiques pour être contenues.

La douleur chronique partage avec la fatigue chronique et la dépression cette perte du mouvement aussi bien physique que psychique : le temps s'allonge ou s'arrête sur cette butée avec un sujet recroquevillé sur lui-même en une pensée circulaire. Sortir de

ce cercle vicieux suppose une remobilisation psychique et corporelle qui ne peut se faire simplement par le langage et parfois répond plus facilement au non verbal de l'hypnose, comme le suggère François [Roustang \(2004\)](#).

Les rapports entre douleur chronique, cognition et émotion sont étroits, mettant en jeu des circuits anatomiques communs et des interrelations psychologiques constantes. Même si le clinicien échoue à traiter une douleur chronique enkystée, il peut expliquer à son patient la complexité des mécanismes de contrôle et les interactions émotionnelles et cognitives. La douleur a toujours une inscription dans l'histoire personnelle et parfois le facteur explicatif et chronologique du patient n'est pas le bon, ce qui impose au médecin de ne pas avoir une réponse opératoire rapide mais une prise en charge curieuse, longue et empathique. Suggérer des réponses sans les imposer, quitte à le faire par le geste, la métaphore ou le contact corporel, chez un patient lassé d'un langage médical trop entendu et par-là inefficace.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- Attal, N., Masselin-Dubois, A., Martinez, V., et al. (2014). Does cognitive functioning predict chronic pain? Results from a prospective surgical cohort. *Brain*, 137, 904–917.
- Baliki, M. N., Petre, B., Torbey, S., et al. (2012). Corticostriatal connectivity predicts transition to chronic back pain. *Nature Neuroscience*, 15(8), 1117–1119.
- Boccard, S. G. et al. (2014). Targeting the affective component of chronic pain: a case series of deep brain stimulation of the anterior cingulate cortex. *Neurosurgery*, 74, 628–637.
- Cole, L. J., Farrell, M. J., Duff, E. P., et al. (2006). Pain sensitivity and fMRI pain related brain activity in Alzheimer's disease. *Brain*, 129, 2957–2965.
- George, T., Lewith, P., White, J., et al. (2005). Investigating acupuncture using brain imaging techniques: the current state of play evid-based complement. *Alternative Medicine*, 2(3), 315–319.
- Guzman-Velez, E., Feinstein, J. S., & Tranel, D. (2014). Feelings without memory in Alzheimer Disease. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 27(3), 117–125.
- Hohmeister, J., Kroll, A., Wollgarten-Hadamek, I., et al. (2010). Cerebral processing of pain in school aged children with neonatal nociceptive input: an exploratory fMRI study. *Pain*, 150, 257–267.
- Karin, B., & Jensen, I. (2013). Overlapping structural and functional brain changes in patients with long-term exposure to fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 65(12), 3293–3303.
- Le Roy, C., Laboureyras, E., Gavello-Baudy, S., et al. (2011). Endogenous opioids released during non-nociceptive environmental stress induce latent pain sensitization via a NMDA-dependent process. *The Journal of Pain*, 12(10), 1069–1079.
- Loggia, M., Jieun, K., Randy, L., et al. (2013). Default mode network connectivity encodes clinical pain: an arterial spin labeling study. *Pain*, 154(1), 24–33.
- Marloes, M., Gerrits, J., et al. (2015). Longitudinal association between pain, and depression and anxiety over four years. *Journal of Psychosomatic Research*, 78, 64–70.
- Mazzola, L., Isnard, J., Peyron, R., & Mauguière, F. (2012). Stimulation of the human cortex and the experience of pain: Wilder Penfield's observations revisited. *Brain*, 135, 631–640.
- Pariente, J., White, P., Frackowiak, R. J., et al. (2005). Expectancy and belief modulate the neuronal substrates of pain treated by acupuncture. *Neuroimaging*, 24(4), 1161–1167.
- Petrovic, P., Kalso, E., Petersson, K. M., & Ingvar, M. (2002). Placebo and opioid analgesia—imaging a shared neuronal network. *Science*, 295, 1737–1740.
- Roustang, F. (2004). *Il suffit d'un geste*. Paris: Odile Jacob.
- Wager, D., Lauren, Y., Lindquist, M., et al. (2013). An fMRI-based neurologic signature of physical pain. *The New England Journal of Medicine*, 368, 1388–1397.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


Recherches et réflexions

Douleur, psychanalyse, anthropologie

Pain, psychoanalysis and anthropology

D. Le Breton¹

Université de Strasbourg, faculté des sciences sociales, 22, rue René-Descartes, 67000 Strasbourg, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Disponible sur Internet le 31 janvier 2017

Mots clés :

 Douleur
 Chronicité
 Douleur chronique
 Médecine
 Clinique
 Psychanalyse
 Psychosomatique
 Physiosémantique

Keywords:

 Pain-chronicity
 Chronic pain
 Medicine
 Clinical
 Psychoanalysis
 Psychosomatic
 Physiosemantics

RÉSUMÉ

La douleur chronique est parfois la traduction symbolique d'une autre souffrance enfermée encore dans l'histoire de vie. Elle trouve alors son énergie dans une mémoire du corps, à la manière de la commémoration d'un événement traumatique ravivé par une situation présente : une blessure, un désordre organique, une opération chirurgicale, etc. Elle reste inscrite dans un pli de l'inconscient, et elle se ravive dans des circonstances particulières. La douleur absorbe alors une souffrance de vie.

© 2017 Association In Analysis. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Chronic pain is sometimes a symbolical translation of a suffering confined in the story of one's life. It takes its energy from a body memory, as if it were a commemoration of a traumatic event revived by the present context: a wound, an organic disorder, a surgical operation, etc. It remains registered in a fold of the unconscious and it revives in special circumstances. Pain then absorbs a suffering of living.

© 2017 Association In Analysis. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

« Au fond, ce sera une étude du « moral » de l'homme (les Anglais disent morale) que je vous présenterai ; vous y verrez comment le social, le psychologique et le physiologique se mêlent » (M. Mauss, *Rapport réels et pratiques de la psychologie et de la sociologie*, 1924 (1949).

Vulnérabilités

La trame des circonstances qui composent une vie laisse parfois des plis d'amertume qui alimentent la vulnérabilité à la douleur. Particulièrement les événements traumatiques, les abus sexuels

par exemple, même si leur impact est lié à la force de résistance ou de résilience de l'individu, à la qualité de son entourage, à la solidité ou non du soutien et de l'amour des parents. . . Les douleurs chroniques s'alimentent à ces failles de l'histoire personnelle. Elles métaphorisent des drames d'enfance encore insurmontables tant qu'ils ne sont pas venus à la conscience ou exprimés, ils sont là comme des fractures intérieures non résolues et résonnent sur des zones du corps parfois liées aux événements ou bien s'accrochent à des douleurs présentes en les amplifiant et en les rendant durables. Le corps d'enfance continue à se faire entendre, il ne disparaît jamais, même recouvert des sédiments ultérieurs de l'histoire personnelle. L'existence actuelle demeure dans l'orbite de l'événement, elle oscille dans un mouvement pendulaire entre les événements passés et la douleur présente, elle empêche une projection heureuse vers l'avenir, une déprise du passé tant que celui-ci n'est pas connu et dépassé afin de donner enfin une fluidité au présent. L'individu est prisonnier d'une ornière de son histoire dont il n'a pas toujours conscience.

Adresse e-mail : David.le.breton@unistra.fr

¹ David Le Breton est professeur de sociologie à l'université de Strasbourg, membre de l'institut universitaire de France et de l'institut des études avancées de l'université de Strasbourg (USIAS). Auteur notamment de : *Expériences de la douleur. Entre destruction et renaissance* (Métailié), *Anthropologie de la douleur* (Métailié), *Conduites à risque. Des jeux de mort au jeu de vivre* (PUF), *Du silence* (Métailié), *La peau et la trace. Sur les blessures de soi* (Métailié).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jinan.2016.12.010>

2542-3606/© 2017 Association In Analysis. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Les conditions affectives de l'enfance, et notamment les formes de l'attachement, contribuent à la force de caractère ou à la vulnérabilité à la douleur. Une mère peu attentive, indifférente, affecte l'estime de soi de l'enfant, toujours en quête d'une reconnaissance qui ne vient jamais. L'enfant n'est pas soutenu, porté par une confiance ontologique conférée au contraire par des parents aimants, disponibles, à l'écoute. S'il se fait mal, en chutant ou en se brûlant par exemple et qu'il est confronté à une absence de réponse ou à des attitudes changeantes, il est désorienté sur les significations de ce qu'il éprouve, ses perceptions sont brouillées. Il demeure dans une relation ambiguë à ses douleurs. Les mères inconstantes, imprévisibles perturbent le sentiment de continuité de soi de l'enfant. L'investissement narcissique de son corps est mis à mal. Les souffrances d'enfance alimentent notamment les douleurs chroniques rebelles que les médecins nomment « psychogènes » à défaut de les comprendre sur un strict plan d'« organicité ». Maintes études convergent vers l'établissement d'un lien étroit entre certains types de douleur chronique et les conditions affectives pénibles de l'enfance.

Ainsi chez des patients affligés de douleurs de longue date et qui semblent faire corps à leur souffrance. Ils ont grandi en subissant de manière continue des sévices physiques ou affectifs de la part de parents punitifs, maltraitants, incohérents, et de toute façon malaimants ou indifférents, dont ils étaient souvent les « souffre-douleur ». Devenus adultes, malgré les apparences de la normalité, ils continuent à s'agripper à une douleur qui leur donne corps, ils se mettent eux-mêmes dans la gueule du loup ou ne font rien pour éviter le pire, intolérants à toute frustration, en quête d'une reconnaissance toujours en défaut. Si une amélioration se fait jour dans leur état ou si les circonstances cessent de satisfaire leur nécessité intérieure de souffrir, un autre symptôme pénible apparaît pour les entraver encore (Engel, 1959, 905). Tout se passe comme s'ils craignaient de souffrir davantage en guérissant de leurs troubles.

Ces patients sont souvent en quête de douleurs supplémentaires auprès de médecins complaisants et multipliant les interventions chirurgicales ou les examens pénibles. Ils se livrent aux opérations ou aux traitements avec une sorte de fatalisme tranquille. Ils refusent de penser que leurs maux sont liés à leur histoire personnelle ou qu'ils y participent sans le savoir. Ils s'accrochent avec passion à l'idée de la seule organicité de leur douleur car elle seule authentifie leur plainte. La douleur s'impose à eux comme le cadeau empoisonné d'un rapport inconscient à leur histoire personnelle. Sans elle, leur existence serait impossible. Des tensions irrésolues les empêchent de vivre autrement. Dans ce contexte particulier, la chronicité de la douleur les protège de contenus inconscients qui les mettraient à mal s'ils venaient à jour de manière imprévisible, elle fixe des affects permettant le maintien du sentiment d'identité. Loin d'être destructrice ou annonciatrice de lésion, elle assure une fonction de sauvegarde. Elle diminue paradoxalement la souffrance propre à l'histoire personnelle (Le Breton, 2010).

La douleur nécessaire qui s'alimente d'une vulnérabilité intime incarne souvent la résurgence d'un corps archaïque d'enfance dont les blessures affectives n'ont jamais été entendues et encore moins soignées. Et cette archive de la douleur est la matière première à travers laquelle se formule une souffrance toujours à vif, elle recueille la plainte et l'autorise à se dire mais en présentant une autre version de ce qu'elle est. D'où le malentendu courant entre les symptômes présentés et la souffrance qu'ils recouvrent mais qui se déroulent sur une autre scène. Même si la mémoire s'émousse au fil du temps, l'inconscient est un conservatoire de tous les événements du passé, surtout s'ils ont fait effraction. Des blessures anciennes sont restées en souffrance, en attente de remémoration et de significations, elles attendent d'être souffertes dans le présent pour être dépassées. La plainte organique est

l'expression d'une souffrance affective et sociale qui ne trouve pas d'autres voies pour se dire. Abraham et Torok (1978) parlent d'une crypte radicalement coupée des autres lieux psychiques, une enclave où sont enfouis les traumatismes d'enfance qui ne sont pas représentables. Mais aussi les secrets de famille pressentis sans être compris qui ne cessent de projeter leur ombre. Reviviscence de souffrances infantiles laissées en friches, jamais réparées et que l'individu revit à son insu toujours en quête d'une impossible réponse.

Autre cas de figure : les enfants témoins d'une douleur chronique ou d'un symptôme chez un proche sont prédisposés à les reproduire plus tard si leur existence ne se coule pas dans l'évidence. Un idiome de douleur se transmet ainsi d'une génération à une autre sur le fond d'une carence du langage à dire le mal de vivre autrement que sous une interminable plainte orale et corporelle (Hugues & Zimin, 1978 ; Violon, 1992). Le taux de douleurs abdominales chez des parents ayant des enfants porteurs des mêmes douleurs est six fois plus élevé que dans un groupe témoin (Apley, 1975). Un grand nombre de personnes douloureuses chroniques ont connu dans leur famille au moins une personne atteinte des mêmes maux. A. Violon, par exemple, dans une étude de 1985, observe que 41 % des patients douloureux chroniques ont eu des mères souffrant elles aussi des mêmes maux contre 22 % seulement pour la population témoin. Maintes autres études vont dans le même sens. Il ne s'agit nullement d'hérédité mais d'une contagion du sens.

La porosité symbolique aux modèles donnés par les membres de la famille amène l'enfant à la fragilité de telle ou telle partie de son corps à un moment où il se construit peu à peu. La douleur lui est une manière ordinaire de vivre et non une exception. L'imprégnation de ces comportements touchant des personnes affectivement proches donne une sorte de prêt à l'emploi pour traduire un jour des détresses propres. L'hérédité souvent évoquée à ce propos relève plutôt d'un jeu de miroir avec les proches concernés. Il ne s'agit pas de données génétiques. Les symptômes s'échangent entre les membres à travers des identifications mutuelles et ils ont valeur de langage. Ils sont un vocabulaire non seulement de parole mais aussi de gestes, d'attitudes, de postures, de plaintes. Les tensions relationnelles ou personnelles se traduisent en sensations pénibles ou en douleurs là où ils ne peuvent se dire en mots et en émotion. Les soucis de santé donnent un statut et préservent le système d'interaction dont le patient n'est pas en mesure de se défaire. Ils focalisent l'ensemble des difficultés rencontrées. « Je me plains donc j'existe ». La douleur est une ultime accroche d'existence avant l'insignifiance. Mais elle est ici banalisée, épurée de toute connotation tragique du fait pour les sujets d'avoir grandi dans l'évidence de son exposition permanente.

Douleur nécessaire

La douleur chronique peut être la conséquence de la résurgence d'un événement biographique qui a laissé une trace de mémoire réactivée dans le présent ou maintenue dans le temps mais déplacée et qui échappe à la lucidité du patient. Elle trouve alors son énergie dans une mémoire du corps, à la manière de la commémoration d'un événement traumatique ravivé par une situation présente : une blessure, un désordre organique, une opération chirurgicale, etc. Elle reste inscrite dans un pli de l'inconscient, et elle se ravive dans des circonstances particulières. Elle est la traduction symbolique d'une autre souffrance enfermée encore dans l'histoire de vie. Freud a mis en évidence l'enchevêtrement du sens et de la chair, et la psychanalyse poursuit encore aujourd'hui cette élucidation toujours différente dans chaque situation relationnelle. L'anthropologie a montré à son tour que ce

n'est pas seulement l'inconscient qui imprime le corps mais aussi le social, le culturel et l'histoire individuelle (Le Breton, 2013). En ce sens, la mémoire d'une douleur est sans doute définitive, elle reste en réserve, gravée dans les arcanes du corps. Des circonstances la font parfois ressurgir en l'amplifiant. Rien ne se perd. Elle laisse une trace susceptible de se réactiver selon les circonstances comme un symptôme prêt à l'emploi. René Leriche l'observait déjà en signalant plusieurs cas de reviviscence d'une douleur après guérison dans des contextes personnels pénibles, il écrivait à ce propos : « Il est possible que le phénomène douloureux s'inscrive quelque part en nous, et que des excitations intempestives le ramènent à la conscience » (Leriche, 1949, 64). L'accroche durable de la douleur est souvent le fait d'un événement pénible purement circonstanciel mais dont l'individu se sert à son insu comme d'une matrice pour fixer sous la forme d'une douleur une souffrance ancrée plus largement dans l'existence.

Freud voit les douleurs hystériques comme des réminiscences d'anciennes douleurs. « Dans la plupart des algies hystériques qu'il m'a été donné d'observer, les choses se passaient de façon analogue : une douleur d'origine organique avait réellement existé au début. Ce sont les douleurs les plus communément répandues parmi les êtres humains (...), en particulier les douleurs périodiques et névralgiques dans les maladies dentaires, les maux de tête émanant de diverses sources et, tout aussi souvent, les douleurs rhumatismales musculaires... » (Freud, 1982, 139). Les douleurs n'ont pas nécessairement de « causes » organiques mais elles viennent parfois d'une projection de l'individu sur un lieu du corps chargé de signification. Dans l'hystérie, par exemple, Freud note que les paralysies ou les douleurs ne répondent pas aux conditions anatomiques du système nerveux mais aux représentations de l'individu ou plutôt à celles du sens commun.

La somatisation n'emprunte pas toujours une voie symbolique transparente, aisée à déchiffrer pour le patient ou le praticien, elle s'ancre parfois dans la reviviscence d'une affection ancienne ou bien elle puise dans un modèle familial auquel le sujet a été confronté dans son histoire personnelle, particulièrement lors de son enfance. Le corps de souffrance n'est pas toujours le corps anatomopathologiste, il est un corps d'existence qui ne se confond pas avec un organisme. Quand la médecine parle d'un corps imaginaire, elle postule l'existence quelque part d'un corps réel, biologique, objectif, mais nul au monde ne vit dans un tel corps car un organisme est sans sujet. Toute incarnation implique une cristallisation de l'histoire personnelle dans toutes ses dimensions : affectives, sociales, culturelles, etc. La douleur mobilise une anatomie et une physiologie parfois imaginaires aux yeux de la médecine, mais non moins réelles pour le patient.

Enveloppe de douleur

« L'homme normal c'est l'homme normatif, l'être capable d'instituer de nouvelles normes, même organiques, écrit Georges Canguilhem. Une norme unique de vie est ressentie privativement et non positivement » (1966, 87). Ainsi la douleur est-elle parfois pour certains patients une tentative justement de rester en vie, de sauvegarder quelque chose de soi susceptible de se rompre. Elle est moins un déficit qu'une tentative de réorganisation des relations de l'individu avec son entourage et son histoire personnelle.

Certaines douleurs chroniques sont ainsi des protections ultimes contre une désorganisation identitaire. À son insu, l'individu s'agrippe à son corps à travers sa douleur pour ne pas sombrer face à ce qui lui paraît plus redoutable encore. Elles assurent une fonction de protection, de résistance face à une souffrance incrustée dans l'histoire de vie et qui trouve là une résolution provisoire à la fois pour se dire et s'apaiser même si elle ébranle l'existence. À défaut d'une élaboration en termes de significations, l'investissement de la douleur est une donnée

anthropologique, un moyen de ne pas disparaître. Un corps douloureux est toujours un corps vivant. La douleur borne les limites de soi, elle procure une butée identitaire pour se sentir continuer à exister. Elle vient à la place d'une élaboration psychique, elle préserve un étiage identitaire qui serait autrement mis à mal. Elle fonctionne comme une paradoxale technique de survie. Elle colmate une brèche d'identité, passe un baume sur les cicatrices de mémoire, elle est une prothèse pour exister encore même si elle englobe simultanément un certain niveau de souffrance. On connaît à ce propos le cas de patients qui se blessent délibérément pour conjurer un sentiment de déperdition de soi (Le Breton, 2012 ; 2010). Pour certains patients, la douleur a valeur de confirmation de leur existence, ils en ont besoin pour continuer à vivre même si les soins médicaux envahissent leur temps et s'ils cherchent sincèrement à s'en délivrer.

Pour exister encore, certains individus n'ont d'autre salut que de se transformer en corps de douleur à défaut d'incarner leur existence sur un mode propice. « À la limite, commente D. Anzieu, s'infliger à soi-même une enveloppe réelle de souffrance est une tentative de restituer la fonction de peau contenant non exercée par la mère ou l'entourage : je souffre donc je suis » (Anzieu, 1985, 205). Plutôt que d'une enveloppe de souffrance, il est plus approprié de parler d'une enveloppe de douleur (Le Breton, 2010). La souffrance est justement ce à quoi s'oppose la douleur auto-infligée. La douleur chronique étaye alors chez certains patients une existence précaire en quête de repères. Elle matérialise une souffrance, l'autorise à se dire sous une forme légitime même si l'individu se trompe sincèrement lui-même. Le surinvestissement de la douleur exorcise la crainte de l'effondrement. Elle rétablit une fonction défaillante de l'accroche au monde. Remède contre la désintégration personnelle, la douleur persistante est la part du feu qui sauvegarde l'existence. Le sacrifice d'une part de soi est un recours anthropologique pour opposer un remède provisoire et efficace contre les assauts de la souffrance. Elle trouve son origine et sa fin chez l'individu, destinataire ultime de la quête sous la forme d'une relance de l'existence. Mais cette démarche est inconsciente d'elle-même (Le Breton, 2010 ; 2007). La permanence de sa douleur apaise d'autres tourments. Il offre la partie pour le tout. En se privant, en renchérissant sur elle, il établit un compromis qui l'autorise à vivre. Une enveloppe de douleur ne cesse de le meurtrir mais peut-être aussi de le protéger. Elle assure la continuité de soi. C'est notamment ce qui explique pourquoi tant d'adolescents disent que leurs incisions ne leur font pas mal. Ils ressentent les entailles, elles sont un remède pour contrer la souffrance qui est dans la vie et à l'intérieur de soi. Le corps de douleur est un corps par défaut qui vient combler les défaillances du sentiment de soi en procurant des limites de sens pour exister, dernier rempart contre la conviction de l'imminence de l'effondrement. Il est un ciment pour ne pas se perdre (Le Breton, 2012).

L'offrande de la douleur chronique est une tentative de désamorcer la souffrance qui est dans la vie. Le manque de prise sur son environnement, le sentiment d'insignifiance personnelle, ne laissent plus le choix. J'existe car je me sens, et que la douleur l'atteste. Il ne s'agit en aucun cas de masochisme car la tâche n'est pas d'en jouir mais bien d'en pâtir et de s'assurer par-là d'une existence autrement trop incertaine. Cette nécessité de se faire mal pour avoir moins mal, d'éprouver ses frontières personnelles pour s'assurer de son existence, connaît d'énormes variations individuelles, et une étonnante polysémie personnelle. Elle fait l'économie d'une possible intervention sur le monde. On change son corps à défaut de changer l'environnement néfaste, on amortit sur soi une offensive de l'extérieur ou de l'intérieur, menaçante pour le sentiment d'identité.

Des patients ambivalents, inconscients de la participation de leur douleur à leur identité, demandent un soulagement auquel ils ne cessent de s'opposer à leur insu : « Aidez-moi à supprimer la

douleur qui me fait souffrir, mais laissez la moi pour que je puisse exister », résume C. Rabenou (1986). Ce sont des patients ambivalents, inquiets ou troublés si le thérapeute dit sa satisfaction de voir le traitement avancer positivement. Ils vivent avec depuis des années et ils ont atteint un point d'équilibre dans leur existence et dans la relation à leurs proches ou à leur univers professionnel après bien des efforts et des compromis. Le soulagement de leurs maux signifie un retour en arrière avec la peur de connaître une situation pire encore, lâcher la proie pour l'ombre. Ils sont déchirés entre deux positions inconciliables, ils désirent guérir mais s'accrochent encore à leur douleur comme à une bouée de sauvetage dont la disparition risque de les précipiter à la noyade. Ils ont peur de guérir même s'ils ne supportent plus leurs troubles. La douleur leur octroie des aménagements ou un retrait hors du monde du travail, la reconnaissance des équipes médicales, le soutien affectif de leur famille (quand elle est encore là), une homéostasie interne acquise non sans difficulté, même si leur existence s'en trouve gâchée, voire même celle de leurs proches. Perdre leur douleur serait perdre un statut sécurisant au plan de leur identité personnelle.

Douleurs chroniques : entre somatisation et sémantisation

La chair est poreuse à l'histoire, au social, au culturel, à l'inconscient, au désir, et elle noue en elle de manière singulière une histoire de vie. L'individu peut créer la douleur, la surmonter ou l'augmenter si elle découle d'un accident ou d'une maladie. Il n'est pas le réceptacle passif de la maladie qui, dès lors serait une forme du destin. Immersée dans une histoire de vie, en amont ou en aval, dans sa survenue ou ses conséquences, la douleur est réelle, elle innervé toute l'existence mais les conceptions neurologiques ou psychiatriques sont l'une et l'autre en échec pour comprendre ce qui se joue. La complaisance somatique évoquée par Freud réfère à l'érogénéité des organes, elle est d'abord une conséquence de la dimension symbolique qui traverse le corps, elle est surtout une complaisance de la chair au regard du sens qui la transforme en vecteur de communication. Le langage oral n'est pas la seule voie de communication, le corps, en ce qu'il est l'individu, en est un autre. Il traduit des bonheurs, des tranquillités, mais aussi des débits, des colères, des frustrations, des souffrances. . . D'innombrables métaphores du langage courant montrent la parenté entre le corps et le sens, cette prise mutuelle : on se sent « écrasé », « suffoqué », on éprouve des « serremments » de cœur, une remarque peut être acérée, blessante, elle écorche, elle heurte, un contact peut donner l'urticaire, hérisser le poil, taper sur les nerfs, ou donner une réaction épidermique, etc. La logique des métaphores est aussi une anthropologique, elle puise dans l'inconscient et la plasticité du corps au symbolique. L'inconscient est social avant tout et culturel. Un symptôme renvoie toujours à un indice à déchiffrer en retrouvant le contexte perdu.

La condition humaine se déroule sur une scène éloignée de l'individu rationnel, utilitariste, voué à l'élargissement permanent du bonheur sous l'égide d'une conscience tout droit échappée du *Discours de la méthode*, de Descartes, transparente à elle-même dans la formulation d'un *cogito* qui rendrait lucide de tous ses faits et gestes. Le corps est toujours une matière de sens. D'où la nécessité pour le comprendre d'intégrer des logiques d'analyse diverses, de ne pas occulter l'ambivalence et le tremblement de sens de la relation de l'humain au monde. Dans le ressenti de la souffrance maintes données s'enchevêtrent. À son insu, l'individu fabrique parfois des douleurs sans lesquelles il lui serait impossible d'exister : pour combler une blessure d'enfance ou plus tardive, ou tenir sa place au sein d'un système relationnel où la douleur est monnaie d'échange. Une souffrance diffuse qui s'ignore telle, trouve ainsi une manière légitime de s'exprimer, de surcroît elle organise la vie, elle implique une mobilisation familiale et sociale. Même si elle est accompagnée

d'une quête passionnée de soulagement, la douleur devient alors à l'extrême une raison de vivre. Est à l'œuvre non une psychosomatique mais plutôt une physiosémantique qui cristallise une série de données différentes : les unes liées à des événements décisifs de l'histoire de vie, à une force intérieure de l'individu, les autres, plus insaisissables, étant liées à un « terrain », au patrimoine génétique, à l'entourage, etc. Toute somatisation (*soma* : le corps) est alors sémantisation (*sema* : le sens) traduisant la porosité de la chair et du sens (Le Breton, 2012, 2010, 2017).

La somatisation est une régulation du rapport au monde pour déplacer une situation intolérable à regarder en face. Sous la forme du symptôme, en l'occurrence de la douleur chronique, il la met sous contrôle et fixe son mal. En ce sens elle est aussi une sémantisation, elle renvoie à du sens pour l'individu. Il s'attache à sa douleur car elle est une manière de continuer à vivre, de ne pas mourir, en dépit de la blessure d'existence, elle établit le compromis qui autorise la vie à se poursuivre malgré les obstacles ainsi générés. Le cri est enkysté. Comme si l'individu accomplissait un sacrifice personnel. Il tolère une vie mutilée, mais il paie ainsi le prix pour rester vivant. Le paradoxe tient à cette dimension de sauvegarde de la douleur, elle le protège même si elle l'abîme, et même s'il cherche passionnément à s'en défaire. Il ne sait pas qu'il sait. Sa conscience est clivée.

La psychosomatique voit l'homme comme l'addition d'un corps (*soma*) et d'un esprit (*psyché*), à la manière d'un collage dont les deux termes sont en résonance mutuelle. La médecine se soucie uniquement de l'organisme (et non du corps) et la psychanalyse s'intéresse plutôt au psychisme même s'il touche au corps, mais l'une et l'autre dissocient l'individu pour le voir sous une forme limitée. L'insistance sur le psychologique, voire même la psychosomatique, renforce le clivage entre l'esprit et le corps, à la différence qu'elles privilégient l'« esprit ». En prenant le contrepied, la psychologisation des patients possède les mêmes travers que de les considérer comme de purs organismes. S. Sontag voit dans la psychosomatique un « spiritualisme sublimé, un moyen ostensiblement scientifique et laïque d'affirmer la primauté de l'« esprit » sur la matière » (Sontag, 1979, 54 sq.). Le patient est alors perçu comme le responsable de sa maladie, alors même qu'il est emporté dans un processus qui lui échappe radicalement et le terrifie. La physiosémantique s'efforce plutôt de ressaisir l'individualité, entre corps et inconscient. Elle n'est en aucun cas une objection psychologique à la réduction organique opérée par de nombreux médecins, mais la prise en compte de l'individu dans son épaisseur, son histoire, son désir, ses contradictions présentes, elle traduit l'enchevêtrement du sens et de la chair qui affecte toute pathologie. Il est le centre de gravité de la consultation, il n'est plus l'organisme abîmé mais l'homme ou la femme immergé dans ses maux et sa plainte. Comme le disait Von Weizsäcker à H.G. Gadamer : « Que dit la maladie au malade ? Non pas tant : que dit-elle au médecin, mais bien plus, que veut-elle signifier au malade ? » (Gadamer, 1998, 87).

La clinique de la douleur est une clinique de la singularité. Le médecin doit confronter les examens biologiques au contexte d'apparition de la plainte, à l'histoire de vie du patient, à son témoignage. Certaines douleurs, plus que d'autres, s'enracinent au cœur de l'histoire de vie, elles trouvent un gîte dans des traces anciennes de douleurs qu'elles ravivent (Le Breton, 2017).

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- Abraham, N., & Torok, M. (1978). *L'écorce et le noyau*. Paris: Aubier-Flammarion.
- Anzieu, D. (1985). *Le moi-peau*. Paris: Dunod.
- Apley, J. (1975). *The child with abdominal pain*. Oxford: Blackwell.
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF.

- Engel, G. L. (1959). "Psychogenic" pain and the pain-prone patient. *American Journal of Medicine*, 26.
- Freud, S., & Breuer, J. (1982). *Études sur l'hystérie*. Paris: PUF.
- Gadamer, H. G. (1998). *La philosophie de la santé*. Paris: Grasset-Mollat.
- Hugues, M. C., & Zimin, R. (1978). Children with psychogenic abdominal pain and their families. *Clinica Pediatrica*, 17.
- Le Breton, D. (2010). *Expériences de la douleur. Entre destruction et renaissance*. Paris: Métailié.
- Le Breton, D. (2012). *La peau et la trace sur les blessures de soi*. Paris: Métailié.
- Le Breton, D. (2013). *Anthropologie du corps et modernité*. Paris: PUF.
- Le Breton, D. (2017). *Tenir. Douleur chronique et réinvention de soi*. Paris: Métailié.
- Leriche, R. (1949). *La chirurgie, discipline de la connaissance*. Paris: La Diane Française.
- Rabenou, C. (1986). Mère de douleur. *Revue Française de Psychanalyse*, 2(50).
- Sontag, S. (1979). *La maladie comme métaphore*. Paris: Seuil.
- Violon, A. (1992). *La douleur rebelle*. Paris: Desclée de Brouwer.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


Thèse de doctorat

Des fantômes dans la voix. Une hypothèse neuropsychanalytique sur la structure de l'inconscient



Phantoms in the voice. A neuropsychanalytic hypothesis on the structure of the unconscious

A. Bazan

Service de Psychologie Clinique et Différentielle, Centre de Recherche en Psychologie Clinique, Psychopathologie et Psychosomatique, Université Libre de Bruxelles (ULB), 50, avenue Franklin-Roosevelt, 1050 Bruxelles, Belgique

La « neuro-psychanalyse » est un domaine récent à l'interface entre neurosciences et psychanalyse dont est retracé en introduction l'histoire et le statut épistémologique confus et controversé, puisque parmi ceux qui s'en réclament, les positions épistémologiques les plus éloignées sont représentées, allant du réductionnisme à la déconnexion. Le point de vue épistémologique pris dans ce travail est la reconnaissance de deux niveaux d'organisation autonomes, le physiologique et le psychique, qui s'entrecroisent à certains points de rattachement, tel le signifiant. Méthodologiquement, ce travail est un travail théorique de spéculation s'appuyant sur et contraint par un nombre de données précises tant cliniques qu'expérimentales ; la démarche menant à expliciter ce qu'un champ d'observations oblige à supposer de l'autre, et vice versa, s'inscrit dans une approche transcendante.

Le point de départ est l'observation que dans le choix de l'élocution du sujet, en particulier quand il se raconte, certains fragments de langage ou groupes de phonèmes, reviennent fréquemment et dans des significations et contextes divers. Ces groupes de phonèmes insistants s'avèrent le plus souvent être des signifiants clés de l'organisation psychique inconsciente du sujet. Dans le cas de l'Homme aux Rats, par exemple, la préoccupation obsessionnelle avec la torture par le rat ne peut être saisie dans la logique de son histoire qu'en lisant le symptôme non sur le versant de sa signification (l'animal rongeur) mais sur le versant du signifiant, le fragment phonémique/rat/. En effet, le fil de son analyse avec Freud montre que ce fragment apparaît dans les événements singulièrement décisifs de son histoire, tel le mariage de son père (*Heiraten* en Allemand) qui avait choisi pour mère du sujet une épouse argentée plutôt que l'élue de son cœur, ou telles les expériences précoces de promiscuité permises par sa nourrice, *Frau Hofrat*. La fréquence de ce phénomène dans la littérature psychanalytique, en particulier chez Lacan, ainsi que dans la clinique contemporaine comme illustré par des vignettes venant aussi d'une propre pratique clinique, nous oblige à considérer

l'hypothèse d'un mécanisme psychique universel : la forme du langage serait capable de porter une signification, de nature affective ou pulsionnelle, en relative indépendance de sa sémantique. Cette proposition d'un statut séparable pour les facettes déclarative et affective d'un même événement se retrouve dans le modèle du traitement émotionnel du neuroscientifique LeDoux, qui propose également que dans le courant de l'histoire s'inscrit une mémoire émotionnelle reliant certains stimuli à certaines valeurs affectives. Nous proposons dans ce sens pour l'humain l'existence d'une mémoire émotionnelle linguistique reliant des fragments de langage singuliers à des valences affectives.

Dans son étude sur l'aphasie, Freud propose de considérer la nature du « mot » de la même façon que celle de tout autre objet, c'est-à-dire que la présentation de mot est donnée tant par ses composantes motrices (c'est-à-dire, articulatoires) que par ses composantes perceptuelles (ses images sonore et visuelle). Ce sont en particulier les composantes motrices, précise-t-il, qui permettent l'accès proprement linguistique au stimulus auditif – proposition reprise indépendamment en psycholinguistique dans les théories motrices de la perception du langage et récemment en neurosciences dans la théorie des neurones miroir. De façon parallèle, Lacan, pour fonder son concept du signifiant, fait appel à la notion de phonème qui dans la linguistique saussurienne fait référence à l'intention articulatoire, c'est-à-dire, motrice. Mais pour Lacan, le signifiant est en même temps une unité lexicale dont la signification est imposée par sa position relative aux signifiants voisins. C'est ce statut lexical qui permet la désambiguïsation du fragment de phonèmes au niveau de la mémoire de travail dans le cortex préfrontal gauche. Cette désambiguïsation se fait par inhibition des significations non-contextuelles mais n'aurait pas d'impact sur la valence affective associée, puisque les structures de mémoire émotionnelle se situent au niveau sous-cortical limbique. Du fait de son ambiguïté, le langage pourrait donc susciter une activation affective hors du contexte sémantique d'origine, incitant le sujet, si l'activation est importante, à fabriquer une explication rationnelle, donnant lieu à ce que Freud appelle les « faux nouages ».

Puisque le langage est action, nous considérons les deux modes de l'action mentale selon Freud, les processus primaires et

Adresse e-mail : Ariane.Bazan@ulb.ac.be

<http://dx.doi.org/10.1016/j.inan.2016.12.011>

2542-3606/© 2016 Association In Analysis. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

secondaires. Freud propose que seul le processus secondaire permet d'agir en différenciant intérieur et extérieur (imagination et perception) à l'aide des indices de réalité. Sur base d'arguments historiques, sémantiques et anatomiques, nous proposons une équivalence entre indices de réalité et le concept sensorimoteur de copies d'efférence, qui sont des messages afférents des commandes motrices données. En plus d'indiquer l'agentivité propre de l'action dont l'organisme est sur le point de sentir les conséquences proprioceptives, ces copies d'efférence permettent d'anticiper précisément ces conséquences et de les atténuer préemptivement au niveau des cortex somatosensoriels. À l'aide de la description d'un cas d'un sujet psychotique, Hervé, nous proposons que cette fonction d'inhibition ciblée des copies d'efférence soit précisément ce qui permettrait une distinction entre un mouvement effectif et un mouvement imaginé, rejoignant ainsi la fonction des indices de réalité. Ce cas nous permet aussi de montrer comment l'intériorité psychique se construit à partir de ce qui dans le mouvement de l'organisme dans le monde n'a pu être anticipé, ni, par conséquent, inhibé : l'accroc du mouvement donnerait lieu à la désinhibition des processus primaires qui tentent de donner un contrepoids psychique à cet accroc insaisissable. L'application de cette organisation dynamique au langage signifie que de la même façon que l'action en général, le langage, tant produit que reçu, serait structurellement atténué, et ce d'autant plus qu'il serait prévisible, permettant ainsi un rapport supportable du sujet au stimulus polysémique et à haut potentiel d'activation qu'est le langage. Ce ne serait que dans la mesure où l'articulation effective s'écarte de l'articulation anticipée que le déficit d'atténuation mène à une activation sémantique. Il faut perdre l'évidence de ses mouvements de saisie du stimulus pour se l'approprier psychologiquement. Peut-être peut-on considérer cette organisation dynamique du mental comme convergente avec le mécanisme du

refoulement au sens large, dans le sens où cette dynamique structurelle du refoulement permet un rapport supportable au monde.

La précision de l'organisation par copies d'efférence permet de présentifier le mouvement avant qu'il ne soit exécuté, et cette présentification acquiert le statut de représentation dans la mesure où le mouvement exécuté s'écarte du mouvement anticipé. Le fantôme est un cas spécial d'imagerie motrice qui émerge quand l'intention de mouvement rencontre une radicale absence d'exécution, du fait, par exemple, d'une amputation d'un membre. L'hypothèse est alors que le refoulement, au sens étroit, sur certains fragments phonémiques à haut potentiel d'activation affective, installe un blocage systématique de l'articulation de ces fragments, et ferait émerger de façon analogue aux membres fantômes, des fantômes moteurs, c'est-à-dire des fantômes phonémiques. Du fait de la structure ambiguë du langage, cette organisation est supportable car le fantôme phonémique peut s'imposer à la préoccupation mentale du sujet et néanmoins permettre le refoulement en investissant l'engagement pulsionnel dans les significations (souvent radicalement) différentes du fragment phonémique – ce qui expliquerait les « symptômes linguistiques » qu'on retrouve en clinique. Nous proposons donc que dans l'histoire du sujet certains fragments linguistiques particulièrement significatifs seront plus structurellement atténués et feront émerger des fantômes phonémiques. Ces fantômes, cherchant à s'exécuter, fonctionneraient comme des attracteurs de l'énergie psychique dans l'action du sujet; en d'autres termes, ils organiseraient la structure de l'inconscient.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


Thèse de doctorat

Les réseaux sociaux à l'adolescence. Pour une métapsychologie de la virtualité


Social networks during adolescence. A metapsychology of virtuality

A. Gozlan

Université Paris-Diderot, université Lyon 2, 5, rue Thomas-Mann, 75013 Paris, France

Les rencontres cliniques avec les adolescents introduisent de nouveaux discours sur la relation du sujet aux dispositifs virtuels. Ceux-ci pointent la nécessité pour le thérapeute d'adolescents de comprendre les nouvelles technologies numériques afin d'en saisir les enjeux psychiques. La recherche engagée dans ma thèse « Enjeux psychiques des réseaux sociaux chez les adolescents. Pour une métapsychologie de la virtualité » entend penser une psychologie du virtuel quotidien sans pour autant n'en pointer que l'aspect pathologique. En effet, l'adolescent contemporain se construit selon le modèle du cyborg, mi-machine, mi-homme, se prolongeant par le biais de la machine virtuelle dans la sphère Internet. Il n'est dès lors plus possible d'avoir une position unanime contre Internet et le numérique. Ce serait là passer à côté des enjeux du monde contemporain. En évitant l'écueil pour ou contre, il s'agit d'interroger la relation des adolescents aux réseaux sociaux. Facebook en est l'objet d'étude paradigmatique, en ce sens qu'il regroupe l'ensemble des fonctionnalités des autres réseaux sociaux, et ce, depuis 12 ans. Après avoir repéré les spécificités du dispositif virtuel de Facebook, il a été nécessaire de croiser deux types de matériaux cliniques afin d'entendre la pluralité et la singularité des usages des réseaux sociaux. Le premier procède de mon expérience de psychologue-psychothérapeute d'approche psychanalytique en institution auprès d'adolescents. Le second porte sur une clinique du virtuel issue d'une analyse approfondie du site Facebook et du suivi de plusieurs adolescents sur la toile qui dévoilent l'étendue des possibilités d'expression et de monstration du sujet. Cette expérience du virtuel est interrogée à partir des outils psychanalytiques qui permettent une lecture de la clinique et des autres champs de savoirs qui se sont intéressés à ce sujet : la philosophie, la sociologie, les sciences de l'information et de la communication. La diversité des disciplines auxquelles je me réfère dans mon travail se veut enrichir une réflexion contemporaine en construction sur laquelle nous avons encore peu de recul. Mon objet de recherche concerne donc la diversité des enjeux psychiques et psychopathologiques que suscite la relation du sujet adolescent aux réseaux sociaux. L'adolescent trouverait-il, au sein des réseaux sociaux et par la virtualisation, un support à sa création et à sa problématique adolescente ? Ou au contraire, la

virtualisation pour l'adolescent entraverait-elle la résolution de la crise adolescente ? Cette problématique ouvre sur l'hypothèse de deux processus psychiques : la virtualité et la virtualité négative. Ils mènent à d'autres enjeux comme ceux de la désintimité (la dépossession de son intime au moment du dévoilement sur Internet), de la constitution d'un moi-virtuel, de l'existence d'un moment virtuel porteur de la réactivation du stade du miroir chez l'adolescent et enfin de l'enjeu créatif de cette surface virtuelle.

Facebook, comme paradigme des réseaux sociaux, avec son milliard d'utilisateurs dans le monde¹ possède un attrait considérable pour les adolescents comme terrain d'expérimentations et de relations. Il offre une surface virtuelle d'inscription de contenus numériques au regard des autres utilisateurs. Ce site m'est apparu comme un des dispositifs de l'espace virtuel au sens foucauldien engageant des remaniements psychiques et comportementaux du sujet. Il se définit comme un espace virtuel mixte, ouvrant derrière l'écran à un espace irréel où ce que je vois, y compris moi-même, n'est pas là, mais existe en puissance, alors que, dans le même temps, l'existence réelle de l'écran, les interactions réelles dans l'espace avec des personnes existant dans la réalité donne une pleine réalité à cette expérience et me situe dans un lieu réel autre. Ainsi, l'espace virtuel est bien cet espace qui « possède une pleine réalité, en tant que virtuel » (Deleuze, 1968).

L'observation clinique a montré que les réseaux sociaux étaient utilisés par les adolescents comme des objets culturels permettant « une métabolisation, une régulation ou une transformation des dynamiques pulsionnelles et des scénarios fantasmatiques, mais aussi des liens » (Diet, 2010). En ce sens, la relation de l'adolescent aux réseaux sociaux est sous-tendue par un processus que j'ai nommé la virtualité. Ce néologisme souligne l'intrication psychique entre le virtuel et l'adolescence, et désigne le processus par lequel l'adolescent trouve au sein de l'espace virtuel un espace de transformation de ses conflits pubertaires. Ce qui se joue sur les réseaux sociaux pour l'adolescent participe par étayage, dans une certaine mesure et selon certaines conditions, à l'élaboration adolescente et au remaniement narcissique étayant la quête de l'idéal du Moi. Il s'agit de la virtualisation des problématiques

Adresse e-mail : angelique.gozlan@gmail.com¹ Source Reuters, dans Le Monde du 4 octobre 2012.

psychiques de l'adolescent projetées sur la surface virtuelle à travers l'image et l'écriture, qui seront transformées au fil des interactions. *Facebook*, ses pages et profils apparaissent comme des espaces d'inscriptions de contenus psychiques-numériques qui soutiennent l'idée de prolongement de la réalité psychique du sujet dans l'espace virtuel. L'enjeu de cette virtualisation est l'actualisation d'un « devenir autre » qui donne lieu à une nouvelle forme actuelle pour l'adolescent. En se détachant de l'ici et maintenant, l'adolescent met ainsi au-devant de lui son devenir, son identité à venir. Cette hypothèse entend utiliser la pensée philosophique contemporaine sur le virtuel pour montrer que la virtualisation permet à l'adolescent un déplacement et un dégagement de l'actuel pubertaire empreint d'angoisses, de fantasmes et d'incertitudes narcissiques dans le but de trouver un sens à la crise adolescente, d'expérimenter l'image de soi dans le regard des autres.

La virtualescence se déploie à travers la narration de soi et la mise en image sur la surface virtuelle. La scène *Facebook* vers laquelle convergent les regards proposerait un lieu de réaménagement narcissico-pulsionnel, tout en étayant le processus de séparation. À travers les cas d'Elsa, de Sam, d'Edith, l'écriture sur les murs s'entend comme vecteur du processus de virtualescence puisqu'elle étaye la transformation du pubertaire en le contenant et offre à l'adolescent un support d'échange entre pairs. Ce partage permet à l'adolescent de donner sens à ses expériences et à ses ressentis et soutient les identifications transférentielles entre adolescents en renforçant le lien dit d'amitié. Il s'agit de se représenter, de se donner un visage pour se mirer, se regarder et être regardé. Cette nécessité adolescente d'une nouvelle reconnaissance verticale, au sein des pairs, impliquerait un moment virtuel qui serait la réactualisation de l'expérience du miroir par étayage sur la surface virtuelle. Il s'effectue en deux temps : un premier temps de mise en image de soi au-devant de soi pour se faire un visage ; un second qui, par un jeu d'identifications, permettrait d'être reconnu et de trouver sa voie/voix afin de s'inscrire dans un lien social. L'espace virtuel devient un lieu où se cacher et se montrer dans le même temps dans une tentative d'approche médiatisée de l'autre. La virtualescence participe ainsi à la création adolescente car les réseaux sociaux offrent à l'adolescent une toile sur laquelle projetée l'urgence de sa propre création.

Pour autant, ce détachement de l'actuel ne signifie pas que l'adolescent pourra s'identifier et se reconnaître dans cette image au-devant de lui. Le saisissement de son image est fonction de l'au-delà de l'écran, incarné par l'ensemble des autres virtualisés qui portent une parole et un regard sur la tentative créatrice de l'adolescent. Cette notion d'autre virtualisé est fondamentale et vient asseoir la pleine réalité de l'espace virtuel. Le sujet face au virtuel n'est pas face à un monde purement imaginaire mais à une pleine réalité, à une présence virtualisée de l'autre existant dans la réalité.

Ici se situe un des risques de la relation de l'adolescent à l'espace virtuel : la virtualescence négative qui rend compte de l'entrave du devenir adolescent par la relation du sujet à l'espace virtuel de *Facebook*. La virtualescence négative a permis de cerner deux principaux enjeux psychopathologiques. Le premier est celui de du harcèlement virtuel liée à la rencontre avec un autre virtualisé menaçant l'intégrité de l'adolescent et se jouant de la diffusion à grande vitesse du virtuel ; le second est celui de la captation narcissique à son image écranique, éludant le processus de séparation adolescent, que nous rencontrons notamment dans les cas d'usage excessifs des réseaux sociaux ou des jeux vidéo, laissant paraître une dépendance à ces espaces. Les risques du virtuel pour l'adolescent peuvent s'entendre au regard de l'intrication des libidos du Moi et de l'objet qui met l'adolescent en position d'être défini et reconnu par le regard de l'autre malgré la menace qu'il constitue. Ceci le pousse au dévoilement pour certifier son existence au risque

de sa perte. Ces enjeux psychopathologiques sont bien sûr des pistes de réflexion à développer.

Je propose d'ailleurs une amorce métapsychologique pour penser l'intrication entre psychisme et espace virtuel, à travers l'hypothèse de la constitution d'un moi-virtuel. Le moi-virtuel représente le véhicule du Moi dans l'espace virtuel et l'agent de la virtualescence. Il est ce par quoi le sujet se représente dans l'espace virtuel et se pense comme un moi-prothèse étayant le Moi fragilisé de l'adolescent. Il se définit par un ensemble de qualités et de fonctions qui, si elles sont mises à mal, laisse entrevoir les enjeux d'une psychopathologie du virtuel. Non pas que le virtuel pourrait créer à lui seul une psychopathologie mais l'interaction du psychisme du sujet avec cet espace permet de penser l'impact psychopathologique de cette rencontre, comme il permet d'en penser l'enjeu créatif pour l'adolescent.

L'ensemble de ces réflexions appellent des développements en cours et ultérieurs, notamment sur une modélisation des processus du harcèlement virtuel qui se distingue du harcèlement scolaire, même si dans la plupart des cas, il se couple avec ce dernier. Ceci ouvre sur la conceptualisation d'une psychopathologie du virtuel. Cet aspect souligne l'importance d'un déploiement multifocal croisant les regards des champs de la psychanalyse, de la sociologie, de l'éducatif, de la justice et de l'informatique pour prévenir les risques qu'encourent l'adolescent sur la toile.

Ce travail de recherche se poursuit également au sein d'une recherche menée par l'université Paris 8 avec S. Jehel, Maître de conférence, sur « Les adolescents face aux images « trash » : stratégies, vulnérabilités, remédiations ». Du point de vue psychologique, il s'agit de comprendre à la fois l'impact psychique des images rencontrées sur les réseaux sociaux, mais aussi de comprendre la fonction psychique de ces images dans la construction identitaire des adolescents.

Enfin, l'aspect créatif inhérent aux réseaux sociaux donne à penser ces outils comme de possibles médiations à utiliser auprès des jeunes. Le numérique peut s'utiliser comme une matière malléable et comme surface extratopique sur laquelle déposer des contenus psychiques et les transformer. La médiation thérapeutique « jeux vidéo » apparaît dans les services de soins pour adolescents, mais il reste à modéliser les groupes thérapeutiques à médiation « Blog », au sein duquel l'écriture interactive donne une tout autre dimension aux identifications transférentielles au sein du groupe.

Ainsi, mon hypothèse de la virtualescence a permis de montrer comment ces réseaux, comme objets culturels, pouvaient avoir des effets internes en soutenant le processus de subjectivation. Mais, a contrario, les réseaux sociaux peuvent engager l'adolescent dans un hors-limite dans lequel la machine virtuelle l'enferme. Il s'agit de créer l'écart nécessaire dans les discours entre le monde réel et le monde virtuel afin que le sujet puisse se créer son propre regard sur ces nouveaux espaces et leurs enjeux au lieu de se laisser bercer par leur illusion, anéantissant tout écart et donc toute pensée subjective et critique. C'est en ce sens que la psychanalyse peut apporter aux autres disciplines, à partir de sa réflexion clinique et théorique, une lecture de ce qui se passe dans les espaces virtuels.

Déclaration de liens d'intérêts

Déclaration de liens d'intérêts de l'auteur : concernant la recherche « les adolescents face aux images *trash* » : P. L. Essais cliniques : en qualité de co-investigateur, expérimentateur non principal, collaborateur à l'étude « les adolescents face aux images *trash* » pour l'Université Paris 8.

Références

- Deleuze, G. (1968). *Différence et répétition*. Paris: PUF.
- Diet, E. (2010). « L'objet culturel et ses fonctions médiatrices ». *Connexions*, 93, 40.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


Analyse de livre

Le cerveau et le monde interne, M. Solms, O. Turnbull, Presses universitaires de France, Paris (2015).

Ce livre est un accomplissement supplémentaire dans le projet de Solms consistant à relier les domaines des neurosciences et de la psychanalyse afin d'amener les représentants de ces deux domaines à s'intéresser aux découvertes et hypothèses de l'autre. Rappelons que Solms, psychanalyste et professeur de neuropsychologie à l'université de Cape Town, est une figure fondatrice de la neuropsychanalyse ; il est considéré comme étant le premier à avoir inventé le terme neuropsychanalyse¹ pour définir le champ scientifique liant les découvertes des neurosciences à celles de la psychanalyse. Oliver Turnbull est professeur de neuropsychologie à l'université de Bangor.

Plus qu'une compilation de recherches scientifiques permettant de bâtir des ponts entre ces deux « cultures » a priori si différentes, ce livre propose une méthodologie scientifique pouvant servir de base à de futures recherches sur l'esprit. Il pourrait être un manuel indispensable tant aux chercheurs intéressés par la recherche neuroscientifique sur tous les thèmes touchant à l'esprit, qu'aux psychanalystes désireux d'asseoir leurs connaissances psychanalytiques sur des faits scientifiques.

Le lecteur est mené à travers neuf chapitres de savoirs en neurosciences jusqu'à un ultime chapitre consacré aux perspectives futures de recherches en neuropsychanalyse. Dix chapitres au contenu pointu, qui requiert une grande attention au lecteur non-habitué au champ des neurosciences. Les deux premiers chapitres proposent une introduction à la physiologie du système nerveux et au thème de la connaissance du monde interne par les neurosciences.

Au cours du chapitre I, le lecteur peut se familiariser avec le niveau des connaissances actuelles sur le cerveau pour enchaîner sur le chapitre II où est discutée la question du traitement de la subjectivité par les neurosciences. Peut-on scientifiquement étudier l'esprit ? Les auteurs répondent très clairement par la positive. De la même manière que les scientifiques de la physique contemporaine étudient les quarks, sans jamais les avoir observés, les neuropsychanalystes étudient l'esprit à travers ses manifestations. L'auteur démontre clairement qu'il est préférable d'allier la méthode de recherche basée sur des faits observables à celle basée sur la subjectivité plutôt que d'emprunter l'une ou l'autre séparément.

Du chapitre III au chapitre VIII, les auteurs nous offrent une revue des thèmes étudiés en neurosciences qui peuvent intéresser les psychanalystes. Les concepts de conscience et d'inconscient par exemple, bien qu'ils ne puissent être clairement localisés dans le cerveau semblent bien répondre à des modes de fonctionnement

distincts et objectivables du cerveau. L'idée révolutionnaire et polémique de Freud selon laquelle la vie mentale fonctionne majoritairement de façon inconsciente est à présent largement acceptée dans le domaine des neurosciences et ce chapitre nous montre pourquoi.

Le chapitre IV aborde le thème des émotions et motivations. On sait l'importance que la psychanalyse accorde à l'émotion (et plus précisément à l'affect) ; ce chapitre élève l'émotion au rang de « sixième sens », faisant lien avec le monde interne. On apprend ainsi que le couple plaisir-déplaisir à la base de la métapsychologie freudienne correspond bel et bien à un fondement de l'organisation biologique de l'émotion. Les cliniciens intéressés par les problématiques psychosomatiques découvriront aussi que les structures cérébrales à la base des émotions sont les mêmes que celles qui participent à l'élaboration d'une cartographie mentale du corps vécu. Ce fait peut aussi intéresser tout clinicien qui, dans son expérience, a observé que les vécus émotionnels des patients s'expriment le plus souvent par des vécus corporels.

Le chapitre V est particulièrement intéressant puisqu'il traite de la mémoire et du fantasme. En effet, le cœur de la pratique clinique reposant sur le récit d'une personne, il est important de découvrir comment est structurée la mémoire et comment opère la remémoration. Les faits scientifiques rapportés dans ce chapitre sont stupéfiants quant à l'intuition qu'avait Freud en postulant les mécanismes qu'il a identifiés dans la psychopathologie et desquels il a déduit sa théorie du fonctionnement mental. La thèse selon laquelle le patient répète à défaut de se remémorer est soutenue par nombre de faits scientifiques expliqués par les auteurs. Lorsque l'on achève ce chapitre, il ne nous est plus possible de nier que nous sommes constamment amenés à agir en fonction de notre mémoire et au-delà de tout contrôle conscient comme le montrent plusieurs cas de patients cérébrolésés. Nous reviendrons plus longuement sur ce chapitre après avoir terminé notre tour d'horizon de l'ouvrage.

Le chapitre VI intéressera à égale mesure les chercheurs en neurosciences et en psychanalyse. Portant sur le thème du rêve et de l'hallucination, on y apprend comment la recherche a pu emprunter une piste erronée lorsqu'elle a exclu que les rêves pouvaient avoir un lien avec les systèmes motivationnels et émotionnels ou que les rêves ne devaient survenir que lors de la phase de sommeil paradoxal. Les psychanalystes et les cliniciens habitués à emprunter la « voie royale vers l'inconscient » qu'est l'interprétation du rêve seront peut-être satisfaits de découvrir que l'état actuel des recherches ne permet plus de dire que les rêves seraient une production anarchique du cerveau sans aucun lien possible avec les désirs ou les émotions du sujet.

Au chapitre VII, les auteurs s'intéressent à la question de l'influence de l'environnement sur le développement psychique. On sait l'intérêt que porte la psychanalyse sur la transmission parentale et l'influence de cet héritage sur le développement de

¹ http://kindle.worldlibrary.net/articles/Mark_Solms.

l'individu. Les auteurs abordent ce thème via la génétique et l'influence de l'environnement dans ce domaine. Après une brève introduction sur des notions de génétique de base, le lecteur constate à nouveau, après le chapitre II, comment la vie psychique peut être objectivée à partir du moment où tout phénomène psychique, ou, ici, environnemental, a une conséquence physique observable. Ces conséquences de l'environnement ont également une influence sur la génétique, par l'activation ou non de certains gènes. Pour illustrer ce thème, les auteurs s'appuient notamment sur le champ de recherche portant sur la différence des sexes, variation génétique fondamentale pour laquelle des liens cruciaux à l'environnement et à des moments précis peuvent se démontrer. Les psychanalystes pourront être intéressés notamment par le passage traitant de l'influence des soins maternels sur les comportements sexuels ultérieurs des individus. Les recherches sont encore limitées aux rats mais offrent des résultats éloquentes quant à ce que la psychanalyse a pour habitude de considérer comme important pour le développement de la sexualité de l'humain.

Intitulé « Les mots et les choses », le chapitre VIII amène le lecteur à parcourir de nombreuses études portant sur des patients souffrant de lésions hémisphériques pour en arriver à l'hypothèse intéressante selon laquelle le deuil et l'incapacité de faire ce deuil ou la mélancolie telle que théorisée par Freud peut se rapprocher de patients cérébrolésés à la fois incapables de reconnaître leurs émotions et une partie de leur corps. Les auteurs font ici des liens passionnants entre l'hypothèse freudienne du deuil rendu impossible par le fait que l'objet perdu ne peut être reconnu comme tel et l'étude clinique d'une patiente cérébrolésée présentant des symptômes mélancoliques alors qu'elle souffrait également de troubles spatiaux sévères, d'héminégligence et d'anosognosie. D'autres cas permettent d'étayer l'hypothèse des auteurs selon laquelle des régions cérébrales spécialisées dans la cognition spatiale, donc dans la représentation de relations entre le self et les objets, sont impliquées dans ce que les psychanalystes appellent justement les « relations d'objets » et les troubles narcissiques tels que la dépression et la mélancolie. C'est peut-être le passage du livre dans lequel les auteurs prennent le plus de risques à élaborer des hypothèses neuropsychanalytiques encore fragiles mais véritablement passionnantes et à la suite desquelles le lecteur reste admiratif devant l'intuition freudienne lors de l'élaboration de ses concepts et de la pertinence des mots choisis pour les décrire.

Le chapitre IX, malheureusement le plus court, intitulé le self et la neurobiologie de la « cure par la parole » est un chapitre récapitulatif de l'ensemble du livre. Les auteurs apportent leur éclairage sur ce que l'on peut raisonnablement dire de l'action de la psychothérapie, donc de la « cure par la parole » sur le cerveau. Les auteurs annoncent dès le début du chapitre que le lecteur sera probablement déçu, ce qui est le cas puisque, selon eux, on ne peut, à la lumière des résultats scientifiques actuels, que conclure que la psychanalyse aurait pour fonction d'étendre « la sphère d'influence exécutive des lobes préfrontaux ». Les auteurs se centrent sur le rôle central de l'inhibition dans le développement du self, fonction dévolue au cortex préfrontal avant tout, mais attendent les résultats des recherches sur les neurones miroirs dans le champ émotionnel pour porter plus en avant leurs hypothèses, notamment sur le rôle du transfert dans la psychothérapie.

Le chapitre final est un plaidoyer pour une meilleure intégration des champs de connaissances psychanalytique et neuroscientifique avec la recommandation, pour la psychanalyse, de se doter d'une méthode. Il préconise notamment d'employer la méthode anatomoclinique et d'approcher les cas de patients cérébrolésés et de les étudier de manière psychanalytique afin d'établir des corrélations entre des changements observés cliniquement et des

régions cérébrales affectées. Ou encore, d'étudier de la même manière les effets mentaux d'agents psychopharmacologiques.

On l'a compris, une critique générale que l'on peut faire à cet ouvrage est la prudence des auteurs face à l'ensemble des liens qu'ils sont pourtant à même de faire. Les auteurs ne s'aventureront jamais plus loin que ce qu'une grande rigueur scientifique ne serait en droit de tolérer. C'est tout à leur honneur quant à leur objectif qui est d'offrir un livre pouvant servir de base à de nouveaux chercheurs en neuropsychanalyse. Mais c'est parfois très frustrant pour le lecteur davantage tourné vers la clinique psychanalytique.

Pour finir cette revue, je propose une relecture du chapitre V « Mémoire et fantasme » au cours de laquelle nous donnerons l'occasion de porter les liens esquissés par les auteurs un peu plus loin qu'ils ne se sont visiblement autorisés à le faire.

Tout d'abord, dans ce chapitre, les auteurs confirment l'idée de la psychanalyse concernant l'importance des souvenirs des premiers moments de la vie par le fait démontré scientifiquement que les souvenirs les plus anciens sont aussi les mieux ancrés dans la mémoire. Ce fait est même érigé au rang de loi sous le nom de « Loi de Ribot », du nom du scientifique ayant fait cette découverte. Toute perception est mémoire apprend-on aussi. Non loin dans ce chapitre, nous apprenons que notre cerveau a tendance à percevoir ce à quoi il a été préparé à percevoir. Notre perception du monde étant fondée sur notre compréhension passée de celui-ci, il n'y a qu'un pas à franchir pour en arriver à l'idée de la prédominance possible des fantasmes infantiles sur la réalité telle qu'elle est vécue par le sujet. On apprend également ce que cliniquement nous avons déjà éprouvé, à savoir que la capacité offerte par la mémoire épisodique de raconter son vécu mémoriel est au cœur de la conscience étendue, c'est-à-dire la conscience de son existence en tant qu'être.

Amener le patient à se raconter, parler de son être, c'est développer avec lui cet état d'être existant dans le monde. Plus que ça, nous allons chercher ce qui dans ses expériences passées peut le définir, à son insu et, toujours à son insu, l'amener à agir, à mener son existence d'une manière plutôt qu'une autre. Là-aussi, les neurosciences nous enseignent que oui, comme la psychanalyse l'affirme, nous sommes définis par des événements inscrits dans notre mémoire et auxquels nous n'avons pas accès car ils sont stockés dans un système mémoriel hors de portée de la capacité de les raconter : les systèmes de mémoire procédurale et sémantique. Certes, les capacités d'inhibitions de certains comportements « automatiques » vont être d'une grande importance, comme les auteurs le soutiennent au chapitre X, car l'inhibition permet la réflexion, mais j'ajouterais que cela permet aussi la mise en route de la possibilité pour le patient de se raconter dans l'action et de replacer son action dans son histoire vécue. J'ajouterais donc à cette nécessité d'étendre la sphère d'influence des fonctions du cortex préfrontal, celle de rétablir la fonction de la mémoire épisodique dans l'expérience vécue du patient.

Plus loin dans leur raisonnement, les auteurs arrivent à esquisser la possibilité de prouver scientifiquement qu'un mécanisme de remémoration de ces traces mnésiques inconscientes via la réactivation du lien self-environnement dans lequel la trace s'est opérée existe. De là, on peut faire le lien avec la réactivation dans le transfert de traces mnésiques infantiles et de l'effet de l'interprétation de ce phénomène au patient pour parvenir à ramener à la conscience un pattern de vécu self-environnement passé. Mais la notion de transfert est encore trop vaste pour que les neurosciences ne se l'approprient nous disent les auteurs. Avec ce sujet, on est au cœur de l'action du psychanalyste permettant au patient de s'approprier quelque chose de son existence et à sa mémoire d'enregistrer les changements émotionnels éprouvés dans le présent de la situation de sécurité thérapeute-patient vis-à-vis du contexte émotionnel passé. On est au plus près de l'action thérapeutique de la psychanalyse. On

approche également la méthode clinique psychanalytique de la co-construction d'hypothèses quant aux scénarios fantasmatiques habitant le patient à partir de traces mnésiques rapportées par le patient, soit par ses intuitions (l'auteur consacre un passage passionnant à ce thème) soit par son vécu corporel, etc. En effet, les auteurs expliquent que la mémoire épisodique procède naturellement par reconstruction, ce qui permet à mon sens d'asseoir cette technique psychanalytique sur un processus connu et objectivable de fonctionnement mental. Le psychanalyste met ainsi son mental au service de la fonction défaillante de mémoire épisodique du patient permettant de prendre conscience de son vécu passé. Fonction faisant défaut car, on l'apprend aussi dans ce chapitre, l'encodage des souvenirs d'événements stressants se fait d'une manière qui empêche la récupération sous forme de souvenirs épisodiques, comme le montrent les recherches portant sur le fonctionnement de l'hippocampe sous l'influence des glucocorticoïdes, hormones dont le lien avec le stress est avéré. Les auteurs nous apprennent, sans malheureusement l'affirmer, que l'on est bientôt capable d'asseoir l'action thérapeutique centrale de la psychanalyse qu'est l'interprétation du transfert sur des bases neuroscientifiques.

Peut-être que des recherches futures pourraient porter sur ce champ en tentant d'objectiver la part de souvenirs épisodiques

avant et après une thérapie psychanalytique et le niveau de stress à l'évocation de ceux-ci ? Mais comment alors mesurer le dégagement du patient de ses scénarios fantasmatiques inconscients, autrement dit de l'emprise de ces traces mnésiques procédurales et sémantiques ? Peut-on imaginer mesurer la taille de l'hippocampe avant et après une psychothérapie ? Ou l'efficacité de son fonctionnement lors d'événements stressants pour tenter d'objectiver un effet de la psychothérapie dans ce champ de la reconstruction et la réappropriation par le self de l'expérience vécue du sujet ? Ou alors, faut-il maintenant s'atteler à décortiquer le phénomène de transfert en un ensemble de changements physiques objectivables pour tenter de mesurer l'activité des soubassements neuronaux de ce phénomène ? Seules les recherches futures nous le diront, mais c'est assurément un champ passionnant d'investigation neuropsychanalytique qui devrait pouvoir s'ouvrir à l'avenir.

S. Scherrer

Adresse e-mail : scherrer.stephane@gmail.com

Disponible sur Internet le 1 février 2017



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


Analyse d'articles

L. Poenaru

Centre médical de Peillonex, rue de Genève 67, 1225 Chêne-Bourg, Suisse

■ Ne pas avoir de tête : la cognition des systèmes biologiques

Baluska F, Levin M. On having no head: cognition throughout biological systems. *Front Psychol* 2016;7:902.

Peu d'entre nous savent que les principes de base permettant le stockage et le traitement de l'information dans les réseaux neuronaux, à savoir la plasticité, l'excitabilité et les modifications dues à l'expérience, sont applicables tels quels à de nombreux types de cellules non neuronales. En effet, le système nerveux central, associé à des fonctions comme la mémoire, la perception, la prise de décision et les comportements, n'a pas le monopole de ces algorithmes. L'on oublie régulièrement que les neurones optimisent les modes de signalisation cellulaire et que ces mécanismes ont existé, du point de vue évolutionniste, bien avant la constitution du système nerveux central ; ces modalités sont utilisées par les cellules somatiques dans l'orchestration physiologique, le développement embryonnaire et le comportement. En fin de compte, constatent Baluska et Levin, de nombreuses dynamiques qui autorisent le traitement de l'information peuvent être mises en œuvre par divers programmes biologiques.

Ces auteurs explorent ici, à l'aide d'une large revue de la littérature, le cas particulier de la mémoire, de l'apprentissage et d'autres aspects cognitifs tels qu'ils ont été modélisés au niveau des organismes unicellulaires, des plantes et des tissus corporels des animaux.

Il est généralement admis que la mémoire est l'apanage exclusif du cerveau ; les recherches en sciences cognitives se sont prioritairement focalisées sur ce dernier, au détriment de mécanismes similaires au niveau des plantes, des tissus somatiques non neuronaux et même des milieux inorganiques. Pourtant Charles Darwin a bien montré l'utilisation de potentiels d'action chez les plantes, afin de contrôler leurs mouvements et comportements. Aussi, il a été récemment démontré que le fonctionnement des tissus

non neuronaux est sous-tendu par les deux types de plasticité attribués au cerveau : changements dans la connectivité via l'électricité synaptique et modifications de la fonction des canaux ioniques.

D'autres tissus que les neurones sont capables de conduire des signaux qui sont considérés comme la condition *sine qua non* de la cognition ; l'excitation et la propagation des impulsions ont été démontrées au niveau de la peau. Il apparaît donc que les réseaux neuronaux et non neuronaux doivent coopérer notamment lorsqu'il y a intersection entre mémoire et des modèles morphologiques. Les mécanismes de cette interaction restent inconnus, mais leur étude paraît capitale pour la compréhension des transferts d'information entre les systèmes somatiques et neuronaux.

De multiples travaux montrent les capacités mnésiques des os, des muscles et du cœur. D'autres nous renseignent sur l'existence d'une mémoire spatiale dans les organes ; ainsi, un œil transplanté chez un autre animal envoie des axones optiques censés pénétrer le cerveau du côté correspondant à l'ancienne localisation.

Malgré ces découvertes, concluent les auteurs, la biologie développementale reste centrée sur une perspective mécaniste, à la recherche d'explications en termes de « voies » de transmission et non pas d'information (systèmes qui savent des choses et qui prennent des décisions en fonction de ces connaissances), qui semble présente à tous les niveaux biologiques. Les systèmes impliqués ne sont par conséquent pas régis par un fonctionnement unilatéral bas-haut, ni haut-bas et des niveaux émergent, avec leurs règles, dans les différentes intersections.

Du point de vue d'un psychanalyste, ces études interrogent la perspective psychosomatique et ouvrent sur un nécessaire examen de la mémoire corporelle et de sa concrétude ; elles soulèvent dans une égale mesure des questions quant à la manifestation corporelle d'un au-delà du principe de plaisir fondé sur les lois biologiques également et quant aux techniques employées pour modifier les mécanismes en jeu via la métapsychologie.

Adresse e-mail : liviu.poenaru@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.inan.2016.12.014>

2542-3606/© 2017 Association In Analysis. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Les manifestations dites « psychosomatiques » renvoient généralement à des symptômes corporels d'origine psychologique et supposent une causalité quasi linéaire esprit-soma. La psychosomatique en tant que discipline tente une compréhension des symptômes à partir d'une logique qui relie le conflit inconscient à son énonciation corporelle, sorte de (tentative de) « résolution » qui ne peut pas avoir lieu au niveau mental conscient. Comment intégrer dans l'ordre psychosomatique cette mémoire corporelle qui n'est probablement pas dissociable de la causalité psychique ? Baluska et Levin semblent par ailleurs en accord avec l'intersection des niveaux mnésiques. Quelle place ont l'affect et l'émotion dans les inscriptions mnésiques somatiques ? Le conflit psychique ne s'inscrit-il pas simultanément avec le conflit somatique et vice-versa ?

La concrétude de cette mémoire, de mon point de vue, tient à l'existence de traces somatiques, physiologiques et chimiques qui œuvrent à l'intérieur du sujet – donc qui ne sont pas de l'ordre métaphysique – et qui ont sûrement leur versant métapsychologique selon une intrication qui pourrait faire l'objet de recherches supplémentaires dans le champ psychanalytique. Cette mémoire qui fonde probablement le psychisme tout en fonctionnant de manière quasi indépendante fait penser aux propositions théoriques freudiennes à propos de ce qu'il nomme « au-delà du principe de plaisir », « principe » à l'œuvre au sein de la contrainte de répétition qui échappe aux logiques a priori considérant que l'humain est régi par un principe de plaisir qui expulse en permanence le déplaisir.

La mémoire biologique semble, de cet angle de vue, l'expression la plus manifeste d'un au-delà du principe de plaisir qui se déroule en-deçà de la mentalisation, mais qui est pourtant présent avec toute la réalité de sa force dans le vécu émotionnel de l'individu comme dans son déploiement moteur sous la forme de l'acte. La difficulté, depuis toujours, dans le travail analytique, a été de trouver les moyens techniques autorisant l'accès à ces automatismes que l'on a associé à la pulsion de mort. Or, ces travaux indiquent l'activité permanente d'une pulsion de vie qui enregistre au niveau corporel pour agir au niveau qui est le sien.

Plus récemment, la *Revue française de psychanalyse* propose un numéro (4/2016) consacré à la thématique des Sensations ; dans ce cadre, plusieurs auteurs réexaminent la question de l'éprouvé corporel qui, selon Anne Denis, a fait l'objet d'un évitement épistémique, alors que les sensations inassimilées inertes ouvrent la perspective sur leur caractère apulsionnel et sur une entrée seconde de la pulsion. Parmi les diverses contributions, je signale encore l'apport de Monique Dechaud-Ferbus et Christine Pélissier qui travaillent l'hypothèse d'une sensation organisatrice qui donne à voir et à sentir le fonctionnement psychique.

Ces quelques pistes de recherches et de réflexion relancent la nécessité d'une écoute primordiale et particulière du vécu corporel conflictif dans la rencontre avec le patient. Sans oublier les conflits psychiques et le travail sur le refoulement, c'est peut-être cette écoute singulière qui révèle, à l'interface entre le biologique et psychologique, le vécu profond d'expériences antérieures (primaires ?) dont l'accès à la représentation reste problématique et source de souffrances.

■ La psychanalyse et les idéologies des sciences

Mills, J. Psychoanalysis and the ideologies of science. *Psychoanal Inq* 2015;35:24–44.

Confrontée à des défis méthodologiques, discursifs, épistémologiques et empiriques tant sur plan théorique que pratique, la psychanalyse traverse (depuis toujours ?) une perte de crédibilité scientifique et une remise en question de son efficacité thérapeutique comme de ses modèles. Les « nouveaux empiristes », en possession d'une légitimité donnée par les sciences et leurs idéologies, arrivent pour provoquer de nouvelles vagues de contestation et pour proposer la redéfinition du statut de la psychanalyse. Conscient des limites de cette dernière, Mills interroge la force de l'argument scientifique comme reflet d'un discours privilégié, hégémonique et dominant, construit, selon lui, sur une objectivité épistémologique illusoire, un cadre conceptuel réducteur et des positions ontologiques dogmatiques qui ont peu en commun avec la condition humaine et sa subjectivité.

Mills¹ donne son point de vue quant aux tensions persistantes dans la relation psychanalyse-sciences en réagissant aux critiques adressées par Patrick Luyten (2015) qui formule cinq thématiques qui ne résistent pas à l'examen empirique : (a) le langage théorique de la psychanalyse ; (b) le traitement, la technique et la formation ; (c) les théories du développement ; (d) les modèles de l'attachement et de la relation d'objet et (e) la nature de l'explication en psychanalyse.

Le discours dominant des sciences

Pour Mills, le discours scientifique permet la compréhension générale du monde et des aspects de la réalité qui échappent aux compétences de tout un chacun ; il peut, en égale mesure, occulter d'autres recherches et découvertes qui peuvent contribuer à la connaissance de l'humain. Les sciences ont largement favorisé, admet l'auteur, l'amélioration de nos conditions de vie ; de la médecine aux technologies, nous tous profitons quotidiennement d'une meilleure existence grâce aux avancées scientifiques qui ont, de cette manière, imposé leur autorité dans l'opinion publique. Elles sont alors devenues un sceau doré garantissant le support économique tout en représentant la « monnaie » dominante qui régule la plupart des échanges commerciaux.

Bien que les méthodologies varient d'une discipline à une autre, ce qui est moins souvent rappelé est que tous les domaines de la science sont fondés sur l'inductivisme, la spéculation et la probabilité, sont dépendants de la théorie, sont sujets à des biais de sélection anthropiques, sont susceptibles de désaccords concernant la perception des faits, leur mesure et la subjectivité de l'examineur. Malgré ces biais, la position hégémonique occupée par les sciences maintient le postulat d'un monde physique indépendant de l'observateur et des biais qu'il induit d'un côté et de l'autre d'un monde psychologique modifié par la subjectivité et qui ne peut pas être validé. Le réalisme scientifique construit pourtant un monde factuel prétendument objectif puisque structuré par la médiation de l'esprit humain, soutient l'auteur.

En réalité, selon Mills, il s'agit d'une cacophonie de suppositions nommées « expérimentations » en quête d'une connaissance présentée comme vérité correspondant à une

réalité objective. Le discours élaboré dans les institutions de la science est conjointement l'effet d'une entreprise politique où la pensée abstraite est manipulée, systématisée et appliquée à des affaires publiques sous la forme d'un discours dominant censé affecter tous les domaines intellectuels, politiques et économiques d'une société. L'on apaise alors le désir de savoir des masses avec des hypothèses présentées comme de la pure vérité tout en continuant de subjuguier les mêmes masses aux idéologies de cette unique source de connaissance ? En cela le discours scientifique peut être envisagé comme un équivalent de discours religieux ayant jeté un sort sur les membres de la société dépourvus de discours critique et à la recherche de réponses et de remèdes faciles. Mais les gens n'obtiennent, à travers les sciences, que des illustrations de la réalité bien encadrées, jamais l'image en entier, puisque la science ne peut qu'ouvrir une fenêtre sur une part de vérité délimitée par la méthodologie utilisée. Comment dès lors généraliser des phénomènes décrits grâce à la réduction et à la simplification ?

Les langages de la psychanalyse

Luyten avance en premier que la psychanalyse se défile en ne posant des questions qu'à son propre champ et en refusant de s'ouvrir à la nouveauté et au changement. Les théories paraissent sophistiquées, métaphoriques et présentent des descriptions circulaires plutôt que de vraies explications ; pour être progressives, elles devraient être remplacées par de nouveaux modèles plus compréhensifs et plus scientifiques. Luyten ne définit ni la description ni l'explication, constate Mills.

Les explications peuvent être entendues comme des affirmations relatives à la causalité des événements ; elles nécessitent des descriptions, appréhendées comme des narrations de ce qui est observé ou enregistré afin de présenter des événements factuels. L'explication est censée rendre quelque chose intelligible ou compréhensible par l'élucidation du pourquoi et du comment un événement (impersonnel ou humain) est survenu. Il existe plusieurs types d'explication, note Mills : causale, téléologique, inductive, déductive, réductive, méthodologique, subsumée, etc. Comme les descriptions, les explications sont dérivées du contexte et contingentes, déterminées par de multiples facteurs. Pour Mills, rien n'autorise Luyten à accuser la psychanalyse d'offrir uniquement des théories descriptives plutôt que de vraies explications, puisque rien dans son argumentation n'autorise cette prise de position. La thèse de Mills présuppose une relation réciproque et mutuelle entre explication et description, intrication qui donne du sens aux événements.

Une autre critique formulée par Luyten se réfère à la dépendance de la psychanalyse à l'égard du langage poétique et métaphorique alors qu'elle devrait recourir au langage systématique utilisé par les sciences. Le ton est évidemment péjoratif et rien n'est dit des qualités émotionnelles intérieures et de leur possible expression esthétique en dehors du filtre parcimonieux de la justification et des sciences. Pourquoi devrait-on alors adopter un modèle antiseptique pour décrire et expliquer l'expérience humaine ?, interroge Mills. Comment peut-on affirmer que la science possède un meilleur potentiel pour offrir une compréhension et une démonstration des phénomènes humains ?

Mills adopte à ce stade de son argumentation une position intermédiaire. Aucun discours n'est complet, annonce-t-il : ni la méthode scientifique ni les théorisations psychanalytiques ne détiennent ni le monopole de la vérité, ni la précision ou l'efficacité pour perpétuer cette dichotomie. Néanmoins la psychanalyse est aussi empirique que théorique, puisqu'elle aborde l'observation, la portée et les limites de l'expérience humaine telle qu'elle est rencontrée dans les cabinets de consultation. Cette approche méthodologique de l'humain dans sa réalité subjective telle qu'elle se présente dans le cadre des traitements ne peut pas être considérée comme moins valable que les programmes de recherche artificiels qui modifient considérablement les paramètres réels des événements vivants.

La myopie théorique à l'âge du cerveau

Luyten est d'avis que plus les analystes se mettent au courant des théories neuroscientifiques et des théories qui expliquent les phénomènes psychologiques, plus ils devront modifier leur langage. Pour Mills, ces théories ne parviennent pas à décrire, à travers des corrélations, des interactions et des effets, le sens des expériences subjectives et le flux des phénomènes conscients tels qu'ils sont vécus moment par moment. Mills s'en prend alors au réductionnisme scientifique et considère qu'il (1) commet l'erreur de la concrétude mal placée ; (2) commet une erreur d'attribution simpliste ; (3) ne prend pas en considération la surdétermination métaphysique ; (4) surévalue la notion du rasoir d'Ockham ; (5) succombe à un modèle rudimentaire de l'esprit ; (6) n'est pas en mesure d'aborder de manière adéquate la question de la perception et de l'expérience sensible – *qualia* – ou de la phénoménologie de l'expérience ; (7) ne peut pas déchiffrer les notions de self et de holisme psychique ; (8) échoue misérablement à rendre compte de la faculté d'action (*agency*) et de la liberté humaine. Les fondateurs du courant phénoménologique avaient déjà pris position contre le réductionnisme des matérialistes et des positivistes, ce qui a représenté déjà une protestation politique contre l'hégémonie scientifique déjà en place à l'époque.

Une défense de la théorie

Une théorie n'est jamais séparée de la méthode ; Luyten accuse beaucoup de psychanalystes de recourir à des modèles théoriques obsolètes, basés plus sur la tradition que sur la recherche. Mills reconnaît ici que certaines théories devraient être remaniées, détaillées ou même effacées pour assurer des interventions plus adéquates aux besoins individuels et aux conditions uniques de la dyade analytique. Il est aussi important de rappeler que, dans l'histoire de la psychanalyse, plusieurs écoles théoriques post-freudiennes ont vu le jour, ce qui est rarement mentionné dans les critiques.

Luyten s'en prend également aux notions canoniques de *projection*, *clivage* et *représentation* ; ainsi, il affirme que dans la rencontre intersubjective, ce n'est pas la projection d'états internes dans le psychisme de l'autre qui opère, mais plutôt une capacité d'ajustement réciproque innée. Il considère de plus que les mécanismes de défenses ne sont pas activés par des conflits intrapsychiques si les conflits en question ne correspondent pas avec les événements en cours. Aussi, selon Luyten, l'interaction gène-environnement expliquerait mieux le développement de certaines pathologies, plus que le déterminisme donné par la relation

parents-enfant. Mills argumente en usant de bon sens et de théorisations psychanalytiques, voire philosophiques, et suppose que l'incapacité de Luyten à tenir une véritable perspective critique qui prenne en considération la complexité des causalités a été conditionnée par son éducation scientifique qui a réussi à imposer un discours dominant sans nuance où seul l'échantillon $n = 1$ est statistiquement pertinent.

À propos de l'explication en psychanalyse et de l'opérationnalisation en sciences

Luyten termine sa dénonciation des principes de la psychanalyse en anéantissant le pouvoir explicatif de cette dernière en faveur de la tradition empirique. La complexité théorique en psychanalyse, dépendante du discours métaphorique, ne permet pas l'opérationnalisation scientifique et échoue à proposer un discours permettant une compréhension de la condition humaine. Mais en quoi l'opérationnalisation pourrait-elle être utile aux psychanalystes (qui n'accordent pas de crédit au discours scientifique) ? Et comment répondre aux exigences d'une recherche scientifique, questionne encore Mills, dont les critères opérationnels sont aseptisés, artificiels et arbitraires ? Pour Mills, il n'est pas possible, logiquement et empiriquement, de nier l'ontologie des pulsions, ces processus organiques qui, de manière évolutive, donnent des informations sur le désir humain et les affects, les cognitions et les comportements qui s'y associent. Ces processus sont assimilés, dans le langage scientifique d'aujourd'hui, à des gènes ayant introduit une pression téléonomique qui oriente l'organisme vers des actions spécifiques pour sa survie.

Il est indéniable, selon Mills, qu'il est plus facile de prédire des événements futurs lorsqu'on connaît l'histoire individuelle et le fonctionnement psychique puisque ce sont les expériences internes et leur mémorisation qui motivent l'activité humaine. Dans ce cas, la méthode scientifique n'est pas en mesure de prédire, mieux que la méthode phénoménologique, des événements futurs. Mills juge que l'on sent, dans ces discours « prédictifs », la vieille propagande cachée derrière l'hégémonie politique de l'empirisme...

L'auteur conclut par le constat que la psychologie empirique n'offre pas une philosophie de l'explication,

mais plutôt une méthode qui produit des résultats tangibles consistant en listes et données descriptives qui sont ensuite convertis en un *explanans* indistinct de l'*explanandum*. Bien que la psychanalyse, en tant que discipline, gagnerait à valider empiriquement ses prémisses théoriques et ses procédures techniques, elle continue de manquer d'un cadre explicatif et philosophique cohérent qui résiste aux engagements ontologiques réducteurs proposés par la science contemporaine.

L'article de Mills est intéressant à plus d'un titre. Premièrement il réalimente le débat autour d'une vieille querelle : la scientificité de la psychanalyse. Mills renverse les valeurs et remet en question, d'une certaine manière, la scientificité des sciences, en montrant, en filigrane, la crise de la connaissance que traversent les sciences en proie à un discours hégémonique qui dénature les paradigmes de la connaissance. Ensuite, il remet au centre du dialogue les points faibles des théorisations et de la pratique psychanalytique ; tout en défendant la valeur heuristique de l'approche psychanalytique dont le dispositif n'est pas expérimental au sens strict, mais pas moins adéquat du point de vue de la recherche portant sur la complexité de l'expérience humaine, Mills, en répondant à Luyten, relance le questionnement de quelques aspects « acquis » en psychanalyse, mais qui pourraient faire l'objet d'un réexamen épistémologique et philosophique : le traitement, la technique, la formation, la formulation des explications, etc.

Provoqué par l'esprit radical et réducteur de Luyten, Mills, pourtant fin connaisseur des travaux scientifiques, devient lui-même par moment réducteur, en oubliant que les sciences, tout en généralisant, se rapprochent, dans leurs conceptualisations, de plus en plus du sujet et de son expérience singulière qui façonne l'individu tant sur plan génétique (voir les travaux en épigénétique) que comportemental, émotionnel, biologique, etc. Le débat est ouvert.

Référence

Luyten, P. (2015). Unholy questions about five central tenets of psychoanalysis that need to be empirically verified. *Psychoanalytic Inquiry*, 35 (Suppl. 1), 5–23.

¹ Philosophe, psychanalyste, psychologue et Professeur de psychologie et psychanalyse à Adler Graduate Professional School à Toronto.